

SCHEMA DI INSERIMENTO

- RSA
 CDI
 RICHIESTA INVALIDITA'

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Informazioni anagrafiche	
Nome _____	Cognome _____
C.F. _____	
Nato a _____ il ____ / ____ / ____	
Residente _____ via/piazza _____ n° _____	
<p>Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)</p>	
<p>Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse</p>	
<p>Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti</p>	
<p>Dispositivi in uso</p>	<p>Catetere vescicale Sondino nasogastrico</p> <p>PEG Catetere venoso centrale</p> <p>Pace-maker ICD (defibrillatore)</p> <p>Tracheostomia Stomie</p> <p>Broncoaspirazione Porth-a-cath</p> <p>Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro)</p> <p>Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno</p> <p>Ventilatore per insuff. respiratorie gravi</p>
<p>Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento <p>Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)</p>	
<p>Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (<i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i>), diete particolari (per insufficienza renale; cellachia; altro)</p> <p>ALLERGIE</p>	
<p>Cadute negli ultimi sei mesi</p>	<p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>

Parte per il Medico curante

Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare	
Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note _____ _____ _____	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> <i>Stabile</i>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> <i>Moderatamente stabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> <i>Moderatamente instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> <i>Instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> <i>Acuzie</i>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	<i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si richiede visita domiciliare</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
--	---	--

data

.....

firma

.....

SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA
 CDI
 RICHIESTA INVALIDITA'

Parte per la famiglia / caregiver

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ C.F. _____ Nato a _____ il ___ / ___ / ___ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI NO Ente erogatore _____ Invalidità SI NO Codice Invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	<input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa _____ tel. _____
Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI: servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
Provenienza Domicilio: Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
Diete particolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____
Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Alcool	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
• Capacità di nutrirsi:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
• Masticazione:	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca
• Protesi dentaria:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si e la usa <input type="checkbox"/> Si ma non la usa

Nome _____	
Cognome _____	
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere
Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterato
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado

Nome _____	
Cognome _____	
Usò della sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì autonomo nell'uso <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ausili utilizzati	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sì Specificare quali _____ _____ <input type="checkbox"/> Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____ il ____/____/____
Accetta la terapia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Assume la terapia autonomamente	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sonno - riposo	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia
Aggressività	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> Sì - n° _____ <input type="checkbox"/> No
Utilizza una contenzione	<input type="checkbox"/> Sì - specificare _____ _____ <input type="checkbox"/> No
Previsione di contatti con il paziente (es, n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.

data

.....

firma

.....