

il GIRASOLE

Azienda di Servizi alla Persona

Via Bellini n. 29 - 21019 Somma Lombardo (VA)
Tel. 0331 250152 - Fax 0331 250525 - E-mail: accoglienza@anzianisomma.it

SCHEDA DI INSERIMENTO

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il ____ / ____ / ____ Residente a _____ Via/piazza _____ n° ____ Recapito telefonico _____ Codice fiscale _____ Tessera sanitaria _____ Stato civile _____ n° figli maschi ____ / femmine ____
Professione, istruzione, pensione, invalidità.	Professione svolta in passato _____ Pensione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ente erogatore _____ Assegni d'accompagnamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Invalidità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Codice Invalidità _____ Grado d'istruzione _____
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 (indicare sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Medicina Generale.	Dr./Dr.ssa _____ Telefono _____

Servizi di supporto in atto assistenza domiciliare, ADI, Centro diurno, servizio pasti a domicilio, ecc.	
Provenienza Domicilio, Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro
Aspettative della famiglia e/o dell'ospite.	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge, altro)	
Fumo.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Alcool.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Interessi attuali. letture, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Diete particolari.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____
Capacità di nutrirsi:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
Masticazione:	<input type="checkbox"/> Nessun problema <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi solidi <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi liquidi <input type="checkbox"/> Difficoltà per tutti gli alimenti, 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
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, farsi la barba)	<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 / stomia
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
Attività fisioterapiche in atto	
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"/> Normale <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado
Spostamenti con la sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si autonomo nell' uso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ausili utilizzati	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Si specificare quali _____ <input type="checkbox"/> Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____
Sonno / riposo	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia
Accetta la terapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Assume la terapia autonomamente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____
Aggressività	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> Si - n° _____ <input type="checkbox"/> No
Utilizza una contenzione	<input type="checkbox"/> Si specificare _____ <input type="checkbox"/> No
Previsione di contatti con il paziente. (es. n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

data

firma

.....

.....

il GIRASOLE

Azienda di Servizi alla Persona

Via Bellini n. 29 - 21019 Somma Lombardo (VA)
Tel. 0331 250152 - Fax 0331 250525 - E-mail: accoglienza@anzianisomma.it

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il ____ / ____ / ____ Residente a _____ Via/piazza _____ n° _____
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)	
Malattie infettive note (epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse)	
Situazione clinica attuale (patologie in atto, condizioni invalidanti)	
Dispositivi in uso	<input type="checkbox"/> Catetere vescivale <input type="checkbox"/> Peg <input type="checkbox"/> Pace-maker <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Broncoaspirazione <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia <input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale <input type="checkbox"/> ICD (defibrillatore) <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Port-a-cath <input type="checkbox"/> Ventilatore meccanico
Ausili/presidi in uso (carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito)	

Lesioni da decubito Ferite chirurgiche in trattamento (specificare sede, estensione, tipo di trattamento ecc..)	
Terapia in atto (oltre ai farmaci tradizionali specificare se terapia del dolore, diete particolari ecc..)	
Allergie	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Interventi programmati (necessita 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"/> Stabile (nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico con intervalli > 60 gg) <input type="checkbox"/> Moderatamente stabile (problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 gg) <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile (con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno <input type="checkbox"/> Instabile (con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano) <input type="checkbox"/> Acuzie (con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani)

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

data

timbro e firma

.....

.....