

DOMANDA DI INGRESSO IN R.S.A.

Dati dell'interessato:

Cognome	Nome	
Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Stato civile	Data di nascita
Luogo di nascita		
Residenza in vian. Comune		
Prov. C.A.P. Recapito telefonico		
Domicilio (<i>solo se diverso dalla residenza</i>)		
Carta Regionale dei Servizi – Codice Assistito (<i>allegare copia</i>)		
Carta d'identità (<i>allegare copia</i>)		
Percentuale di invalidità Indennità di accompagnamento Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
CHIEDE DI ESSERE INSERITO IN R.S.A. (casa di riposo)		
In modo temporaneo <input type="checkbox"/>		In modo definitivo <input type="checkbox"/>

Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela	
Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Residenza in vian. Comune	
Prov. C.A.P. Recapito telefonico	

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No

Se no, perché

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì No

Se sì, indicare dove e il periodo

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Assistenza Primaria

.....

Sono parte integrante della presente domanda:

1. la scheda sociale (All. A)
2. la scheda sanitaria (All. B)
3. informativa privacy
4. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile.

- Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

Addì,.....

Firma dell'interessato

N.B.: per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione si richiede al compilatore di integrare di seguito:

Cognome e nome del compilatore della domanda

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Letta e compresa l'informativa ex art.13 Regolamento UE 2016/679, acconsento al trattamento di categorie particolari di dati personali come sopra indicati.

Cognome..... Nome.....

Data _____

FIRMA

Nota: la firma dovrebbe essere del soggetto cui si riferisce la domanda, se il soggetto non è in grado di firmare o di intendere è ammessa la firma del Caregiver. La situazione del soggetto verrà rivalutata in fase di ingresso in struttura.

Area riservata alla RSA

Classe SOSIA: _____

Percentuale di invalidità: _____

Indennità di accompagnamento Sì No

Data,



SCHEDA SANITARIA

(compilazione a cura del medico di famiglia o di reparto ospedaliero)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO: _____

ANAMNESI:

TIPO DI INVALIDITA'

PERCENTUALE di INVALIDITA': %

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: SI NO

Trasferimento letto sedia

Codice	Significato
1	Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
2	Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
3	Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
4	Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
5	Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

Deambulazione

Codice	Significato
1	Dipendenza rispetto alla locomozione
2	Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
3	Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
4	Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
5	Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorre 50 metri senza aiuto o supervisione.

Locomozione su sedia a rotelle

Codice	Significato
1	Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
2	Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
3	Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
4	Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
5	Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

Igiene personale

Codice	Significato
1	Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
2	E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
3	E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
4	E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
5	Totale indipendenza

Alimentazione

Codice	Significato
1	Paziente totalmente dipendente, va imboccato.

- 2 Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- 3 Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,
- 4 Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
- 5 Totale indipendenza nel mangiare.

Confusione (stato mentale)

Codice	Significato
1	Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
2	E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
3	Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4	E' perfettamente lucido

Irritabilità

Codice	Significato
1	Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
2	Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
3	Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
4	Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

Irrequietezza (stato Comportamentale)

Codice	Significato
1	Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2	Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
3	Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
4	Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE ED ESAME OBIETTIVO

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave	DIAGNOSI
Patologia cardiaca (solo cuore)						
Iperensione arteriosa (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)						
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)						
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)						
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)						
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)						
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino. ernie)						
Patologie epatiche (solo fegato)						
Patologie renali (solo rene)						
"Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)"						
"Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)"						
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)						
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)						
Patologie psichiatrico-comportamentali demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi						

Ricoveri ospedalieri recenti:

SI

NO

Terapia in atto:

Reattività emotiva:

- ___ Collaborante
- ___ E' estraniato dal mondo circostante
- ___ Depressione
- ___ Stato ansioso
- ___ Agitazione con spunti aggressivi

Incontinenza

URINARIA

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale
- d) catetere a permanenza

FECALE

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale

Lesioni da decubito:

(specificare la sede)

assenti
iniziali
gravi
multiple

Peso kg: _____*Nutrizione artificiale:*

___ PEG ___ SNG ___ NPT

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità?

SI NO

Abusa di sostanze alcoliche?

NO, MAI SI, IN PASSATO SI, ATTUALMENTE

Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?

SI NO

Richiede trattamento riabilitativo?

SI

NO

specificare:

data _____

timbro e firma del Medico di famiglia
o di reparto

PARENTI REFERENTI

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

ALTRI FAMILIARI

.....
.....
.....

CONDIZIONI PENSIONISTICHE

Tipo di pensione/i:
Tipo di invalidità:
% di invalidità civile:
Indennità di accompagnamento: Sì No
Esenzione ticket sanitario per:
Pratiche in corso per:

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- zona decentrata (abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE

BARRIERE ARCHITETTONICHE:

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

BAGNO:

- interno
- esterno
- supporti antiscivolo: Sì No

RISCALDAMENTO:

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

MOTIVO DEL RICOVERO

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri?

- Sì
- No

Il sottoscritto.....in qualità di.....dichiara che il/la sig.r/ra non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Data,

FIRMA

All. A
(domanda di ingresso in R.S.A.)



Gentile Ospite, Amministratore di sostegno, Tutore o Caregiver

Informativa ex art. 13 Regolamento UE 2016/679

Titolare del trattamento

La informiamo che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (infra: “**Regolamento**”), i suoi Dati Personali, raccolti ai fini della esecuzione delle prestazioni di consulenza previste nel mandato, nonché per riscontrare vostre specifiche richieste di assistenza o informazioni saranno trattati da parte di FONDAZIONE FRANCESCO BALICCO con sede in via Vallere, 4 – 24057 Martinengo (BG) in qualità di titolare del trattamento (“**Titolare**”).

Tipi di dati oggetto del trattamento

Il Titolare tratterà i dati personali e i dati appartenenti a categorie particolari, così come definiti dal Regolamento, raccolti durante l’esecuzione del mandato, tra cui rientrano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il suo nome, cognome, numero di telefono fisso e mobile, il suo stato di salute, sue fotografie o video. Va pure osservato che i dati di cui siamo o potremo venire in possesso e da Lei forniti possono essere inerenti anche a Suoi familiari.

Finalità, base giuridica e facoltatività del trattamento

I suoi Dati Personali saranno trattati per le seguenti finalità: GESTIONE DELLA LISTA DI ATTESA PER INGRESSO IN RSA;

Le **base giuridiche** del trattamento sono l’esecuzione di misure precontrattuali ed adempiere ad un obbligo legale e il consenso esplicito al trattamento per i dati appartenenti a categorie particolari.

Il conferimento dei suoi Dati Personali per le finalità sopra indicate è facoltativo, ma in difetto il Titolare non sarà in grado di gestire la sua richiesta.

Destinatari dei dati personali

I suoi Dati Personali potranno essere condivisi con:

- persone fisiche autorizzate dalla Titolare al trattamento di dati personali previa sottoscrizione di un accordo di riservatezza (es. dipendenti, operatori socio-sanitari e assistenziali, amministratori di sistema, volontari);
- soggetti, enti o autorità competenti a cui sia obbligatorio o richiesto comunicare i suoi dati personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità (per esempio ad autorità pubbliche, Regione, enti locali, ATS, etc.);
- soggetti che gestiscono le liste di attesa a livello superiore (associazioni di categoria, consorzi, ATS, uffici regionali)
- società terze l’adempimento degli obblighi di natura amministrativo-fiscale, consulenti, istituti di credito per finalità contabili-amministrative, alcuni dei quali agiscono in qualità di responsabili del trattamento.

Per quanto concerne l’eventuale trasferimento dei Dati verso Paesi Terzi, il Titolare rende noto che il trattamento avverrà secondo una delle modalità consentite dalla legge vigente, quali ad esempio il consenso dell’interessato, l’adozione di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea, la selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati (es. EU-USA Privacy Shield) od operanti in Paesi considerati sicuri dalla Commissione Europea. È possibile avere maggiori informazioni, su richiesta, presso il Titolare.

Conservazione dei dati personali

I suoi Dati Personali contenuti nella cartella sanitaria saranno conservati, secondo disposizioni di legge, per tempo illimitato. Gli altri dati saranno conservati per il tempo necessario per l’esecuzione delle prestazioni previste nel contratto. È fatto salvo in ogni caso l’ulteriore conservazione prevista dalla normativa applicabile.

I suoi diritti ex artt. 15 e ss. del Regolamento

Lei ha il diritto di chiedere al Titolare, in qualunque momento, l’accesso ai suoi Dati Personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o di opporsi al loro trattamento, ha diritto di richiedere la limitazione del trattamento nei casi previsti dall’art. 18 del Regolamento, nonché di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati che la riguardano, nei casi previsti dall’art. 20 del Regolamento. In qualsiasi momento potrà revocare il consenso già prestato (art. 7(3) del Regolamento), senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento effettuato anteriormente alla revoca del consenso.

Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare al seguente indirizzo FONDAZIONE FRANCESCO BALICCO via Vallere, 4 – 24057 Martinengo (BG) o via mail a direzione.generale@fondazionebalicco.it

In ogni caso lei ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali, ai sensi dell’art. 77 del Regolamento, qualora ritenga che il trattamento dei suoi dati sia contrario alla normativa in vigore.