



RICHIESTA DI INSERIMENTO NEL SISTEMA RESIDENZIALE

COGNOME _____ **NOME** _____

Nata /o a _____ il _____ Residente _____

Richiesta di inserimento Assistito/ Familiare/Altro

Certificato Medico

Scheda Assistenziale

Scheda Sociale

Data _____

Il/La Sottoscritto/a _____ nata /o a _____ il _____

C.F. _____ residente a _____ Via _____

Tel. _____

CHIEDE

Per conto della/del _____ (grado di parentela / altro)

Sig/a _____ nato/a a _____ Il _____

C.F. _____ residente a _____ Via _____

Tel _____

INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE IMPEGNANDOSI A

- 1) A corrispondere la quota prevista dalla struttura dopo il 60° giorno di degenza per il primo ricovero
- 2) A corrispondere la quota prevista dalla struttura dal 1° giorno di degenza per ricovero sollievo e per i ricoveri successivi al primo su valutazione della UVI.
- 3) Accettare eventuali trasferimenti in altra tipologia di struttura/livello assistenziale allorché l'UVI della Area Vasta 1 ritenga che le condizioni che ne determinavano il ricovero, siano modificate.

L'Assistito o suo Familiare/Altro

DISTRETTO DI FANO

- RSA aziendale Mondavio

DISTRETTO DI PESARO

- RSA aziendale Galantara
 RSA aziendale Bricciotti

DISTRETTO DI URBINO

- RSA aziendale Macerata Feltria
 RSA aziendale Sant'Angelo in Vado
 RSA aziendale Urbania

- Residenza protetta aziendale Macerata Feltria
 Residenza protetta aziendale Sant'Angelo in Vado

RSA In CONVENZIONE

- RSA Casa Argento Fossombrone
 RSA Residenza Montefeltro Urbino

Residenze Protette In CONVENZIONE

- _____

Al responsabile dell' Unità Valutativa Integrata di:

FANO

PESARO

URBINO

Il Sottoscritto Dott. _____

M.M.G. Medico Ospedaliero/ struttura convenzionata

Del sig./ra _____ nato/a a _____ Il _____

residente a _____ Portatore della seguente patologia _____

Problemi clinici: _____

Patologie Psichiatriche _____

Terapia Psichiatrica in atto _____

Obiettivo inserimento _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che si tratta di paziente **CRONICO/STABILIZZATO** che necessita di inserimento in struttura residenziale perché:

- Stabilizzazione clinica
- Riabilitazione intensiva () estensiva ()
- Addestramento alle ADL
- Organizzazione della gestione familiare
- Servizio sollievo
- Altro _____

Data li _____

Timbro e Firma

COMPILAZIONE A CURA DEL MMG/MEDICO OSPEDALIERO/ COORDINATORE INFERMIERISTICO/INFERMIERE CURE DOMICILIARI

CAPACITA' DI MOVIMENTO Autonomo (ADL D-1) <input type="checkbox"/> 0 Manifesta difficoltà nel mobilizzarsi dal letto alla carrozzina (ADL D-0) <input type="checkbox"/> 20 Non si alza dal letto e non si mobilizza (ADL D-0) <input type="checkbox"/> 40	IGIENE PERSONALE Autonomo nella cura di sé e nell'igiene personale (ADL A-1;B-1;C-1;) <input type="checkbox"/> 0 Difficoltà per raggiungere i servizi igienici, per effettuare autonomamente l'igiene personale e per cambiare l'abbigliamento (ADL A-1;B1;C-0) <input type="checkbox"/> 20 Dipendenza completa nella cura di sé, nell'igiene personale, abbigliamento quotidiano (ADL A-0;B-0;C-0) <input type="checkbox"/> 40
INTEGRITA' CUTANEA Cute integra <input type="checkbox"/> 0 Rischio di compromissione dell'integrità cutanea Braden punteggio..... <input type="checkbox"/> 10 Compromissione dell'integrità cutanea: Lesione da pressione 1°/ 2° stadio <input type="checkbox"/> 20 Compromissione dell'integrità cutanea: Lesione da pressione 3°/ 4° stadio <input type="checkbox"/> 40	ALIMENTAZIONE Si alimenta da solo senza assistenza (ADL F-1) <input type="checkbox"/> 0 Difficoltà lieve nella deglutizione (disfagia) <input type="checkbox"/> 10 Difficoltà grave nella deglutizione (disfagia) <input type="checkbox"/> 20 Deve essere imboccato (ADL F-0) <input type="checkbox"/> 20 Enterale Totale <input type="checkbox"/> 30 Parenterale Totale <input type="checkbox"/> 80
STATO COGNITIVO//COMUNICAZIONE Comprende e risponde correttamente (S.P.M.S.Q.....) <input type="checkbox"/> 0 Comprende ma non può comunicare correttamente <input type="checkbox"/> 20 Non Comprende e non risponde correttamente (S.P.M.S.Q.....) <input type="checkbox"/> 40 B.P.S.D. (Behavioural Psychological Symptoms Dementia) <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> Sintomi affettivi, depressione, ansia, irritabilità <input type="checkbox"/> Sintomi psicotici, deliri, allucinazioni <input type="checkbox"/> Disturbi della condotta,sonno, alimentazione, sessualità	ELIMINAZIONE URINARIA Controllo Completo (ADL E-1) <input type="checkbox"/> 0 Portatore Di Catetere <input type="checkbox"/> 30 Incontinenza Urinaria occasionale (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 20 Stomia Urinaria <input type="checkbox"/> 30 Incontinenza completa (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 40
STATO di COSCIENZA Normale <input type="checkbox"/> 0 Stato vegetativo <input type="checkbox"/> 30 Stato di minima responsività <input type="checkbox"/> 40	ELIMINAZIONE INTESTINALE Controlla autonomamente l'eliminazione fecale (ADL E-1) <input type="checkbox"/> 0 Incontinenza Occasionale (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 20 Stomia Intestinale <input type="checkbox"/> 30 Incontinenza completa (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 40
FUNZIONI SENSORIALI Normali <input type="checkbox"/> 0 Non Rilevabile <input type="checkbox"/> 0 Deficit Uditivo Grave Permanente(non correggibile) <input type="checkbox"/> 20 Deficit Visivo Grave Permanente (non correggibile) <input type="checkbox"/> 40	RITMO SONNO – VEGLIA Dorme tutta la notte <input type="checkbox"/> 0 Insonnia (supporto emotivo) <input type="checkbox"/> 20 Alterazione del ritmo sonno veglia/ Stato confusionale notturno <input type="checkbox"/> 40
FUNZIONI RESPIRATORIE Autonoma <input type="checkbox"/> 0 Necessita' di Aspirazione <input type="checkbox"/> 40 Tracheostomia <input type="checkbox"/> 60 Ventilazione Assistita <input type="checkbox"/> 100	PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE Nessuna problematica <input type="checkbox"/> 0 Ossigeno terapia h <input type="checkbox"/> 40 Terapia del Dolore <input type="checkbox"/> 40 Dialisi Peritoneale <input type="checkbox"/> 40

Cognome e Nome del compilatore _____

Firma _____

per quanto riguarda la scala di Braden e la scala S.P.M.S.Q devono essere trascritti nella presente scheda i punteggi ottenuti dalla compilazione delle scale