RICHIESTA DI INSERIMENTO NEL SISTEMA RESIDENZIALE

COGNOME_____

NOME_____

Nata /o a _____ il _____

Comune di Residenza _____

Richiesta di inserimento presentata da assistito☐ famigliare☐ altro_____ ☐

ALLEGARE

Certificato Medico ☐

Scheda Assistenziale ☐

Scheda Sociale ☐

Il/La Sottoscritto/a_____ nata /o a_____

il_____ C.F._____residente a_____

via_____n°___ tel._____ cell._____

email_____

CHIEDE

☐ Per se medesimo

☐ In qualità di_____ per conto della/del Sig/a _____

nato/a _____il_____C.F._____

residente a _____ in via _____n°_____ Tel_____

Medico di Medicina Generale_____

INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE

DISTRETTO DI FANO ☐ RSA Mondavio	☐ **RP convenzionata** _____ _____ _____
DISTRETTO DI PESARO ☐ RSA Galantara ☐ RSA Bricciotti ☐ Centro Diurno Giardino dei Ricordi	☐ **RP convenzionata** _____ _____ _____
DISTRETTO DI URBINO ☐ RSA Macerata Feltria ☐ Residenza Protetta Macerata Feltria ☐ RSA Sant'Angelo in Vado ☐ Residenza protetta Sant'Angelo in Vado ☐ RSA Urbania	☐ **RP convenzionata** _____ _____ _____
RSA In CONVENZIONE ☐ RSA _____ ☐ RSA _____	

Impegnandosi, nel caso di inserimento in residenza sanitaria assistenziale (RSA),

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.
4) A corrispondere la quota prevista dalla struttura dal primo giorno di degenza in R.P. .

Luogo e data_____ In fede_____

Al responsabile dell' Unità Valutativa Integrata di:

□ **FANO** □ **PESARO** □ **URBINO**

Il Sottoscritto Dr_____

□M.M.G. □Medico Ospedaliero □ Medico di Struttura Convenzionata

del sig. _____nato/a a _____il_____

portatore della/e seguente patologia/e _____

_____

Problemi clinici attivi:_____

_____

_____

Terapia farmacologia in atto (denominazione farmaco e posologia)

_____

_____

_____

Disturbi comportamentali sì□ no□

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che trattasi di paziente **CRONICO/STABILIZZATO** e che necessita di inserimento in struttura residenziale per:

□ Continuità di cura
□ Riabilitazione intensiva () estensiva () (**allegare consulenza fisiatrica**)
□ Addestramento alle ADL
□ Organizzazione della gestione familiare
□ Servizio sollievo
□ Altro_____
□ Lungo assistenza/mantenimento (DGR 1011 - 2.2.1 lettera B)

Luogo e data_____ Timbro e Firma

_____

COGNOME_____**NOME**_____

COMPILAZIONE A CURA DELL' INFERMIERE O DEL MEDICO DI RIFERIMENTO

CAPACITA' DI MOVIMENTO (punteggio massimo **40**) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore) *(ADL D-1)* ☐ **0** Compie questi trasferimenti se aiutato *(ADL D-0)* ☐ **20** Allettato, non esce dal letto *(ADL D-0)* ☐**40** (necessita di mobilizzazione)	**IGIENE PERSONALE** (punteggio massimo **40**) Autonomo nella cura di sé e nell' igiene personale ☐ **0** *(ADL A-1;B-1;C-1;)* Difficoltà per raggiungere i servizi igienici, per effettuare autonomamente l'igiene personale e per cambiare l'abbigliamento ☐ **20** *(ADL A-1;B1;C-0)* Dipendenza completa nella cura di sé, nell'igiene personale, abbigliamento quotidiano ☐ **40** *(ADL A-0;B-0;C-0)*
INTEGRITA' CUTANEA (punteggio massimo **60**) Cute integra ☐ **0** Rischio di compromissione dell'integrità cutanea ☐ **10** *Braden punteggio …. (score < 16) Lesione da pressione 1°/ 2°stadio Ferita chirurgica; ferita vascolare ☐ **20** Compromissione dell'integrità cutanea: Lesione da pressione 3°/4°stadio Deiscenza della ferita chirurgica ☐ **40**	**ALIMENTAZIONE** (punteggio massimo **80**) Si alimenta da solo senza assistenza *(ADL F-1)* ☐ **0** Difficoltà lieve nella deglutizione / aiuto e supervisione ☐ **10** Difficoltà grave nella deglutizione (disfagia) ☐ **20** Deve essere imboccato *(ADL F-0)* ☐ **20** Enterale totale ☐ **30** Parenterale totale (NPT) ☐ **80**
STATO COGNITIVO/COMUNICAZIONE (punteggio max **100**) Comprende e risponde correttamente ☐ **0** * S.P.M.S.Q. punteggio ….. (range …..) Comprende ma non può comunicare correttamente ☐ **20** Non comprende e non risponde correttamente ☐ **40** *S.P.M.S.Q. punteggio …. (range …..) **B.P.S.D**. (Behavioural Psychological Symptoms Dementia) ☐ **60** ☐Sintomi affettivi, depressione, ansia, irritabilità ☐Sintomi psicotici, deliri, allucinazioni ☐Disturbi della condotta,sonno, alimentazione, sessualità	**ELIMINAZIONE URINARIA** (punteggio massimo **40**) Controllo Completo *(ADL E-1)* ☐ **0** Portatore Di Catetere ☐ **30** Incontinenza Urinaria occasionale *(ADL E-0)* ☐ **20** Stomia Urinaria ☐ **30** Incontinenza completa *(ADL E-0)* Cateterismo estemporaneo ☐ **40**
STATO di COSCIENZA (punteggio massimo **40**) Cosciente ☐ **0** Stato vegetativo ☐ **30** Stato di minima coscienza ☐ **40**	**ELIMINAZIONE INTESTINALE** (punteggio massimo **40**) Controlla autonomamente l'eliminazione fecale ☐ **0** *(ADL E-1)* Evacuazione indotta farmacologicamente ☐ **20** Stomia intestinale ☐ **30** Incontinenza completa *(ADL E-0)* ☐ **40**
FUNZIONI SENSORIALI (punteggio massimo **40**) Normali (non valutare stato di coma o stato vegetativo) ☐ **0** Deficit uditivo grave permanente (non correggibile) ☐ **20** Deficit visivo grave permanente (non correggibile) ☐ **40**	**RITMO SONNO – VEGLIA** (punteggio massimo **40**) Dorme tutta la notte ☐ **0** Insonnia (supporto emotivo) ☐ **20** Alterazione del ritmo sonno veglia/ Stato confusionale notturno (farmaco-resistenza) ☐ **40**
FUNZIONI RESPIRATORIE (punteggio massimo **200**) Autonoma ☐ **0** Necessita' di aspirazione ☐ **40** Tracheostomia ☐ **60** Ventilazione Assistita ☐ **100**	**PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE** (punteggio massimo **120**) Nessuna problematica ☐ **0** Ossigeno terapia ☐ **40** Terapia del dolore scala *NRS ≥ 1 ☐ **40** Dialisi Peritoneale ☐ **40**

**Devono essere trascritti nella presente scheda i punteggi ottenuti dalla compilazione delle scale di Braden , S.P.M.S.Q,, NRS.*

Cognome e Nome del compilatore_____ **Firma**_____