



**R.S.A. "RESIDENZA
CITTA' DI BOLLATE"**
Regolamento
Residenza Sanitaria Assistenziale

Via Piave, 26
Bollate

MODULO UNICO DI

RICHIESTA AMMISSIONE NELLA R.S.A. "CITTA' DI BOLLATE"

IO SOTTOSCRITTO/A

TEL. FAX E-MAIL

Recapito telefonico di una persona che possa rispondere in orario d'ufficio

..... n. cellulare

PARENTE (GRADO)

DEL SIG./SIG.RA (Cognome Nome)

NATO/A A DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A PROV. C.A.P.

VIA N° TEL.

DOMICILIATO A VIA N°

PRESSO
(specificare)

CODICE FISCALE

CODICE ASSISTITO (n° tessera sanitaria)

INVALIDO CIVILE si no

PRESENTATO DOMANDA si no

TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO si no

NOME DEL TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

..... n° TEL.

	R.S.A. "RESIDENZA CITTA' DI BOLLATE" Regolamento Residenza Sanitaria Assistenziale	Via Piave, 26 Bollate
---	---	--------------------------

INFORMAZIONI GENERICHE

Situazione familiare:

libero/a di stato vedovo/a coniugato/a

n° figli maschi femmine

Vive con:

solo/a coniuge figli badante altro

Assistito da:

nessuno coniuge figli badante altro

Provenienza ospite:

domicilio ospedale famiglia altra R.S.A.

istituto di riabilitazione altro (specificare)

.....

Cause che hanno determinato la richiesta di accoglienza:

problemi di salute situazione socio-familiare

alloggio altro

La persona per la quale si fa richiesta di accoglienza è a conoscenza della propria situazione?

si no

Ha partecipato alla decisione?

si no

	R.S.A. "RESIDENZA CITTA' DI BOLLATE" Regolamento Residenza Sanitaria Assistenziale	Via Piave, 26 Bollate
---	---	--------------------------

L'accoglienza è stata proposta da

(relazione con l'anziano)

eventuali preferenze o segnalazioni

CHIEDO

Che l'anziano/a venga inserito/a nella Vostra R.S.A. essendo lo stesso/a in condizioni di non autosufficienza.

A tal fine autorizzo fin da ora la R.S.A. a svolgere le opportune indagini sulla situazione socio-sanitaria per verificare il grado di non autosufficienza e a raccogliere e trattare i dati necessari alla pratica (DLGS 196/03).

In fede

.....

Data

Fotocopia documenti da allegare alla presente domanda:

- carta d'identità
- codice fiscale
- Carta Regionale dei Servizi (tessera sanitaria)
- Esenzione ticket
- Eventuale documentazione sanitaria



**R.S.A. "RESIDENZA
CITTA' DI BOLLATE"**
Regolamento
Residenza Sanitaria Assistenziale

Via Piave, 26
Bollate

NOTIZIE UTILI PER IL MONITORAGGIO LISTA DI ATTESA:

Grado di istruzione:

analfabeta	<input type="checkbox"/>
III elementare	<input type="checkbox"/>
licenza elementare	<input type="checkbox"/>
licenza media	<input type="checkbox"/>
avv.professionale	<input type="checkbox"/>
diploma maturità	<input type="checkbox"/>
laurea	<input type="checkbox"/>

Professione svolta:

Provenienza:

domicilio	<input type="checkbox"/>	
Ospedale	<input type="checkbox"/>	nome dell'ospedale
RSA	<input type="checkbox"/>	nome della RSA

Ricoveri ospedalieri

nei 6 mesi precedenti si sommare il numero dei giorni

l'ingresso no

BENESSERE:

da quanto tempo è malato (indicare una data)

INVALIDITA' :

da quanto è dipendente (indicare una data)

Buono socio-sanitario	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
ADI	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
Voucher	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
Assegno accompagnamento	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>

domanda presentata



**R.S.A. "RESIDENZA
CITTA' DI BOLLATE"**
Regolamento
Residenza Sanitaria Assistenziale

Via Piave, 26
Bollate

SCHEDA SANITARIA

Cognome e nome dell'anziano

Anamnesi patologica remota

.....

.....

Anamnesi patologica prossima

.....

Condizioni generali

Buone Discrete Scadute Cattive

P.A. Kg. F.C. Alt.

Altre notizie:

- Portatore di catetere vescicale
- Piaghe da decubito
- Peg/Sondino nasogastrico
- Deambulazione
 - ◇ normale
 - ◇ con appoggio
 - ◇ in carrozzina
 - ◇ allettato
- Fumatore (n. sigarette/die)
- Etilismo
- Ricoveri in reparto psichiatrico
- In cura presso CPS (centro psico-sociale)
- Disturbi comportamentali
- Frequenza centro diurno
- Utilizzo servizi ADI



**R.S.A. "RESIDENZA
CITTA' DI BOLLATE"**
Regolamento
Residenza Sanitaria Assistenziale

Via Piave, 26
Bollate

E' esente da malattie infettive e diffuse? O comunque patologie che possono pregiudicare la vita in comunità?

si no

Diagnosi

Allergie a:

Farmaci si no specificare

Altre allergie si no specificare

Terapia in atto (indicare posologia)

.....

.....

.....

Data

(Timbro e firma del medico)