

DOMANDA DI RICOVERO

Data: _____

Cognome e Nome _____

Eventuale soprannome _____

Se donna, cognome da sposata _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via _____ N. _____

Recapito telefonico _____

Stato civile _____

Figli: ☐ SI ☐ NO se si, quanti? _____ di sesso M n. _____ F n. _____

Codice fiscale _____

Medico curante Dr. _____

Codice assistito CRS _____

Invalidità: ☐ SI percentuale _____, ☐ NO, IN CORSO ☐

Indennità di accompagnamento: ☐ SI percentuale _____, ☐ NO, IN CORSO ☐

Provenienza ospite : ☐ Abitazione, ☐ Ospedale, ☐ Altra struttura

Servizi di supporto al domicilio : ☐ ADI, ☐ SAD, ☐ RSA APERTA, ☐ Pasti comunali,
☐ Nessuno, ☐ Altro _____

Professione prima della pensione _____

Titolo di studio _____

Situazione pensionistica:

- | | |
|---|--|
| ☐ Nessuna pensione | ☐ Tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.) |
| ☐ Anzianità / vecchiaia | ☐ Reversibilità |
| ☐ Sociale | ☐ Invalidità |

È presente un tutore o un amministratore di sostegno? ☐ SI ☐ NO

Se sì, chi? _____

CONSORZIO ZENIT SOCIALE - Società cooperativa sociale

Sede Legale e Amministrativa: Via Colorno n. 63 - 43122 Parma (PR)

Tel 0521.600280 - Pec zenitsociale@legalmail.it

PI e CF n. 02719390342 - Iscrizione REA di Parma n. 261655

Iscritta all'Albo delle Società cooperative - sezione cooperative a mutualità prevalente

- categoria cooperative sociali al n. C100455



SA8000
ORGANIZZAZIONE
CERTIFICATA

Se si allegare documentazione del tribunale.

Persona di riferimento

Cognome e Nome _____

Grado di parentela _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via _____ N. _____

Recapito telefonico _____

Indirizzo e-mail _____

Persona di riferimento

Cognome e Nome _____

Grado di parentela _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via _____ N. _____

Recapito telefonico _____

DOCUMENTI DA PRESENTARE AL MOMENTO DELLA CONSEGNA DELLA DOMANDA:

- Fotocopia carta d'identità
- Fotocopia carta regionale dei servizi del futuro ospite
- Fotocopia della certificazione da cui risulta lo stato di invalidità

DOCUMENTI DA RESENTARE ALL'INGRESSO:

- Carta d'identità e codice fiscale del coobbligato che stipulerà il contratto con l'ospite
- Carta d'identità e codice fiscale del tutore/ amministratore di sostegno, se presente
- Originale CRS e tesserini di esenzione
- Nomina del tutore/ amministratore di sostegno, se presente
- Ultimi esami diagnostici
- Elenco terapia in uso
- Ultima dimissione di ricovero, se presente

CONSORZIO ZENIT SOCIALE - Società cooperativa sociale

Sede Legale e Amministrativa: Via Colorno n. 63 - 43122 Parma (PR)

Tel 0521.600280 - Pec zenitsociale@legalmail.it

PI e CF n. 02719390342 - Iscrizione REA di Parma n. 261655

Iscritta all'Albo delle Società cooperative - sezione cooperative a mutualità prevalente

- categoria cooperative sociali al n. C100455

Gentile parente, familiare, amico dell'ospite,

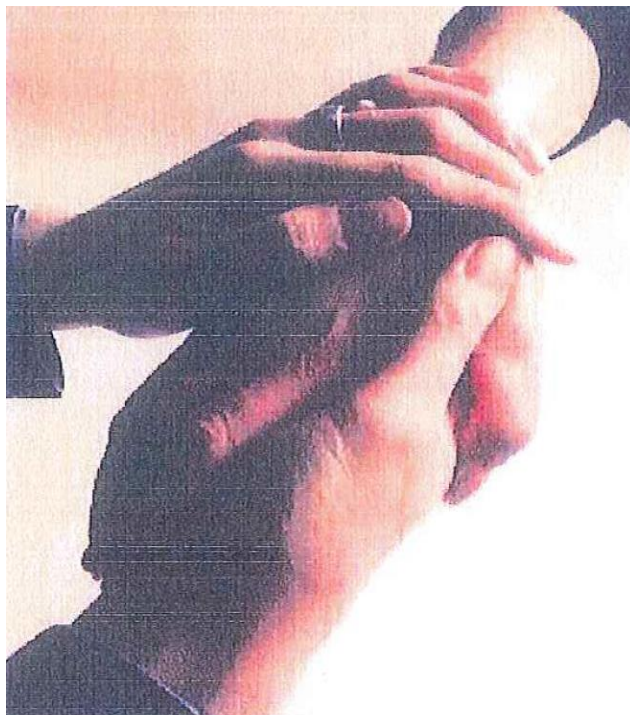
Regione Lombardia ci chiede di promuovere e/o richiedere l'avvio del percorso di *"tutela e protezione giuridica"* per le persone fragili che accogliamo presso la nostra residenza, vogliamo approfondire l'argomento.

L'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO: CHI È, COME SI DIVENTA, COSA FA

Amministratore di sostegno è chi, grazie al decreto del giudice, tutela una persona la quale, per infermità mentale o menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità di provvedere a sé e ai propri interessi. Anziani, disabili e ammalati, in breve tutti coloro che ne hanno bisogno, ma anche persone sane in previsione di una possibile futura incapacità, possono ottenere dal giudice la nomina di chi avrà cura della loro persona e del loro patrimonio. Per avere la nomina di un amministratore di sostegno occorre fare richiesta ("ricorso") al giudice tutelare del tribunale di riferimento della residenza o del domicilio del beneficiario.

La richiesta può essere fatta dall'interessato, dai parenti affini, alla rete familiare, oppure in casi eccezionali dal pubblico ministero.

Anche gli operatori dei servizi sanitari e sociali, qualora ravvedano l'opportunità di un amministratore di sostegno per la persona che curano e assistono, sono tenuti a farne richiesta al giudice tutelare o a informare il pubblico ministero.



Presentata la richiesta, il giudice fissa un'udienza per verificarne la congruità dell'istanza e quindi nomina l'amministratore con un decreto che riporta – le generalità del beneficiario e dell'amministratore, la durata della nomina, l'oggetto della nomina e degli atti che l'amministratore può compiere in nome e per conto del beneficiario.

CONSORZIO ZENIT SOCIALE - Società cooperativa sociale

Sede Legale e Amministrativa: Via Colorno n. 63 - 43122 Parma (PR)

Tel 0521.600280 - Pec zenitsociale@legalmail.it

PI e CF n. 02719390342 - Iscrizione REA di Parma n. 261655

Iscritta all'Albo delle Società cooperative - sezione cooperative a mutualità prevalente

- categoria cooperative sociali al n. C100455

SCHEDA DI INSERIMENTO

- ☐ RSA
☐ CDI
☐ RICHIESTA INVALIDITA'

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Parte per il 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	Catetere vescicale Sondino naso-gastrico PEG Catetere venoso centrale Pace-maker ICD (defibrillatore) Tracheostomia Stomie Broncoaspirazione Porth-a-cath Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno Ventilatore per insuff. respiratorie gravi
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
• Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) ALLERGIE	
Cadute negli ultimi sei mesi	☐ Sì ☐ No

	Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	☐ No ☐ Si specificare	
	Stato nutrizionale	☐ Nella norma ☐ Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note	
	Giudizio sulla stabilità clinica	☐ Stabile ☐ Moderatamente stabile ☐ Moderatamente instabile ☐ Instabile ☐ Acuzie	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg. con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

	Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita ☐ Si ☐ No	
		Si richiede visita domiciliare ☐ Si ☐ No	

data

firma

.....

.....

SCHEDA DI INSERIMENTO

- ☐ RSA
☐ CDI
☐ RICHIESTA INVALIDITA'

Parte per la famiglia / caregiver

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il ____ / ____ / ____ Residente a _____ via/piazza _____ n° ____
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI NO Ente erogatore _____ Invalidità SI NO Codice Invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	☐ Anziano stesso ☐ Familiare ☐ Amministratore ☐ Altro
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa _____ tel. _____
Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
Provenienza Domicilio; Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	☐ temporaneo ☐ definitivo ☐ altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
Diete particolari	☐ No ☐ Si - specificare _____ _____
Comportamenti autolesivi	☐ No ☐ Si - specificare _____ _____
Fumo	☐ No ☐ Si
Alcool	☐ No ☐ Si
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
• Capacità di nutrirsi:	☐ Autonomo ☐ Necessità di stimolo o sorveglianza ☐ Deve essere imboccato
• Masticazione:	☐ Normale ☐ Difficoltà per cibi duri ☐ Mangia solo cibi molli ☐ Non si alimenta per bocca
• Protesi dentaria:	☐ No ☐ Si e la usa ☐ Si ma non la usa

Nome _____

Cognome _____

Piccola igiene personale
(lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)

- ☐ Autonomo
☐ Parzialmente autonomo
☐ Non autonomo

Bagno / doccia

- ☐ Autonomo
☐ Parzialmente autonomo
☐ Non autonomo

Continenza vescicale

- ☐ Continente
☐ Non continente
☐ Uso di pannoloni
☐ Catetere

Continenza intestinale

- ☐ Continente
☐ Non continente
☐ Uso di pannoloni
☐ Stomia

Uso dei servizi igienici

- ☐ Autonomo
☐ Parzialmente autonomo
☐ Non autonomo

Capacità di vestirsi

- ☐ Autonomo
☐ Parzialmente autonomo
☐ Non autonomo

Vista

- ☐ Normale
☐ Con lenti
☐ Cecità

Udito

- ☐ Integro
☐ Con ausilio
☐ Sordità

Capacità di leggere

- ☐ Sì
☐ No

Capacità di scrivere

- ☐ Sì
☐ No

Linguaggio

- ☐ Normale
☐ Alterato

Mobilità

- ☐ Normale
☐ Con ausilio
☐ Protesi
☐ Allettato

Capacità di salire le scale

- ☐ Normale
☐ Con ausilio
☐ Non in grado

Trasferimento letto / carrozzina / poltrona

- ☐ Autonomo
☐ Con aiuto
☐ Non in grado

Nome _____ Cognome_____	
Usò della sedia a rotelle	☐ No ☐ Sì autonomo nell'uso ☐ Sì ☐ No
Ausili utilizzati	☐ Nessuno ☐ Sì Specificare quali _____ ☐ Di proprietà ☐ Fornito da _____ il ____/____/____
Accetta la terapia	☐ Sì ☐ No
Assume la terapia autonomamente	☐ Sì ☐ No
Sonno - riposo	☐ Normale ☐ Disturbato ☐ Insonnia
Aggressività	☐ Sì ☐ No ☐ A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	☐ Sì ☐ No ☐ A volte
Cadute negli ultimi 6 mesi	☐ Sì - n° _____ ☐ No
Utilizza una contenzione	☐ Sì - specificare _____ ☐ No
Previsione di contatti con il paziente (es, n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

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

data

firma

.....

.....