

Fondazione
Antonio Nuvolari

residenza
sanitaria
assistenziale

La vita al centro.

REV. 9 (06//2022)

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente in _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
in qualità di (parentela) _____ e di garante del pagamento delle rette
recapito telefonico _____ Cell. _____
indirizzo e-mail _____

CHIEDE L'ACCOGLIENZA per

Cognome e Nome _____ età _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____ dal _____

- in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale)
 in CDI (Centro Diurno Integrato) nei giorni di: _____

in posto **AUTORIZZATO** (non a contratto con regione Lombardia) in RSA

Si allegano: - Scheda clinica informativa (compilata dal medico di base o ospedaliero) – modulo ATS allegato;
- Fotocopia documento d'identità, tessera sanitaria e codice fiscale, green pass;
- Fotocopia certificato di invalidità ed esenzioni, se rilasciati;
- Fotocopia documento d'identità e codice fiscale della persona che assume l'impegno di spesa;

La presente domanda, se presentata da persona diversa, è da intendersi effettuata con il consenso della persona per la quale si chiede l'accoglienza.

Allo scopo dichiara:

- di obbligarsi al pagamento anticipato del deposito cauzionale fissato da Fondazione A. Nuvolari;
- di impegnarsi al pagamento della retta mensile di degenza;
- di obbligarsi, prima del perfezionamento dell'accoglimento, alla sottoscrizione del contratto di ingresso.
- di aver ricevuto il Regolamento accoglimenti della Fondazione (ALLEGATO 2);
- di aver preso visione della Carta dei Servizi e del Codice Etico a disposizione presso l'Ufficio Residenti e l'URP della Fondazione;
- di restituire, in caso di rinuncia all'accoglimento ed in caso di richiesta di mantenimento in lista d'attesa, l'ALLEGATO 1, anche mediante (fax 0376-664059) o via e-mail (info@fondazionenuvolari.it).

Nota bene: senza la produzione della fotocopia della ricevuta del versamento del deposito cauzionale e la sottoscrizione del contratto, non si procederà all'accoglimento.

Consenso al trattamento dei dati:

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/2003, consenso al trattamento dei dati personali e sanitari per le finalità inerenti la presente domanda, il ricovero e gli adempimenti relativi da parte della Fondazione.

La presente domanda sarà valida per un anno, salvo venga presentata una nuova SCHEDA CLINICO INFORMATIVA.

Data, _____ firma _____



AZIENDA
SANITARIA
LOCALE
DELLA PROVINCIA
DI MANTOVA

SCHEDA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> in Riab. SPECIALISTICA
<input type="checkbox"/> in Riab. MANTENIMENTO
<input type="checkbox"/> in Riab. GENERALE / GERIATRICA | <input type="checkbox"/> in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie
<input type="checkbox"/> a Domicilio |
|--|--|

Cognome e Nome paziente	.....	
nato/a	.....	il	.....
Comune di residenza			
Indirizzo			
CODICE FISCALE.....			

Sintesi diagnostica	→	..... ..... .....
Evento indice e data insorgenza	→	..... .....
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	→	..... ..... .....
Terapia in atto	→	..... ..... .....

Disfagia Si No **Afasia/disartria** Si No

Nutrizione per os Sondino n-g PEG Parenterale

Respirazione normale Ossigeno Ventilazione meccanica con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali Si No

Presenza deficit sensoriali Visivi Uditivi

Portatore di:

<input type="checkbox"/> Pace Maker	<input type="checkbox"/> Catetere perdurale	<input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/> Pompa elastomerica
<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Urostomia	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale
<input type="checkbox"/> Protesi	<input type="checkbox"/> Ortesi	Quali:.....	

Presenza Piaghe da decubito Si No **Eventuali sedi**

Altre lesioni: Si No

Segue →

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale	.....		
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato	<input type="checkbox"/> grave	
Comprensione ordini semplici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati	<input type="checkbox"/> gravi	
Specificare	..... ..... .....		

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE


Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Supporto familiare /caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Con quali risultati?	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

Struttura inviante

In fede

.....


.....
 (timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....