



SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO AMMINISTRATIVO	
ACCETTAZIONE DATA E TIMBRO	NOME E COGNOME OPERATORE RICEVENTE
	FIRMA OPERATORE RICEVENTE

**DOMANDA UNICA DI AMMISSIONE  
SERVIZI SOCIO SANITARI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI**

LA/IL SOTTOSCRITTA/O .....  
(SE DIRETTO INTERESSATO)

**OPPURE SE PERSONA DIVERSA DALL'INTERESSATO**

LA/IL SOTTOSCRITTA/O .....

DATA DI NASCITA ..... LUOGO DI NASCITA ..... PROV. ....

RESIDENTE A ..... PROVINCIA ..... CAP.....

VIA ..... N. ....

RECAPITI TELEFONICI .....

E\_MAIL: .....

IN QUALITÀ DI ..... DELLA SIG.RA/DEL SIG. ....

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PER L'ACCESSO AI SEGUENTI SERVIZI SOCIO SANITARI:

<input type="checkbox"/> RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE	<input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO INTEGRATO
<input type="checkbox"/> ALLOGGI PROTETTI	

NEL CASO IL RICHIEDENTE SIA PERSONA DIVERSA DALL'INTERESSATO ALL'AMMISSIONE, LA PRESENTE DOMANDA È DA INTENDERSI EFFETTUATA CON IL CONSENSO DI QUEST'ULTIMO.

**DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA INTERESSATA ALL'AMMISSIONE.**

COGNOME ..... NOME .....

DATA DI NASCITA ..... LUOGO DI NASCITA ..... PROV. ....

RESIDENTE A ..... PROVINCIA ..... CAP.....

VIA ..... N. ....

RECAPITI TELEFONICI ..... E\_MAIL: .....

STATO CIVILE ..... N. FIGLI MASCHI ..... N. FIGLI FEMMINA .....

TITOLO DI STUDIO.....

CODICE FISCALE .....

A.S.L. DI APPARTENENZA ..... TESSERA SANITARIA .....

**EVENTUALE FIGURA DI PROTEZIONE GIURIDICA (TUTORE, AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO)\***

COGNOME ..... NOME .....

DATA DI NASCITA ..... LUOGO DI NASCITA ..... PROV. ....

RESIDENTE A ..... PROVINCIA ..... CAP.....

VIA ..... N. ....

RECAPITI TELEFONICI .....

E\_MAIL: .....

CODICE FISCALE .....

\*allegare atto/verbale di nomina dell’Autorità Giudiziaria competente

**REFERENTI DELLA PERSONA DA CONTATTARE**

1) COGNOME ..... NOME .....

GRADO DI PARENTELA CON L’OSPITE: .....

DATA DI NASCITA ..... LUOGO DI NASCITA ..... PROV. ....

RESIDENTE A ..... PROVINCIA ..... CAP.....

VIA ..... N. ....

RECAPITI TELEFONICI .....

E\_MAIL: .....

CODICE FISCALE .....

2) COGNOME ..... NOME .....

GRADO DI PARENTELA CON L’OSPITE: .....

DATA DI NASCITA ..... LUOGO DI NASCITA ..... PROV. ....

RESIDENTE A ..... PROVINCIA ..... CAP.....

VIA ..... N. ....

RECAPITI TELEFONICI .....

E\_MAIL: .....

CODICE FISCALE .....

## Dati relativi alla richiesta di ammissione

### SITUAZIONE ABITATIVA

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO  | <input type="checkbox"/> VIVE CON ALTRO FAMILIARE/CONVIVENTE     |
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO CON BADANTE                            | <input type="checkbox"/> VIVE CON FAMILIARE/CONVIVENTE E BADANTE |
| <input type="checkbox"/> VIVE CON ALTRE PERSONE NON PARENTI E NON PARTNER | <input type="checkbox"/> INFORMAZIONE NON NOTA                   |

### SITUAZIONE ASSISTENZIALE ALLA DATA DELLA DOMANDA

- A DOMICILIO SENZA ALCUNA ASSISTENZA
- A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE SAD
- A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE ADI/VOUCHER SOCIO SANITARIO
- A DOMICILIO CON FREQUENZA STRUTTURA SOCIALE DIURNA SEMIRESIDENZIALE
- A DOMICILIO CON FREQUENZA STRUTTURA SOCIO SANITARIA DIURNA SEMIRESIDENZIALE
- BENEFICIARIO DI BUONO SOCIO-SANITARIO
- RICOVERATO PRESSO: .....
- INFORMAZIONE NON NOTA

### MOTIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> HA PERSO L'AUTONOMIA PSICOFISICA | <input type="checkbox"/> LA FAMIGLIA NON È IN GRADO DI PROVVEDERE |
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO                        | <input type="checkbox"/> L'ALLOGGIO NON È IDONEO                  |
| <input type="checkbox"/> DATO NON RILEVATO                | <input type="checkbox"/> ALTRO .....                              |

## Dati relativi all'Invalidità Civile

### Invalidità Civile

- NO       SI      Percentuale invalidità..... Cod. esenzione.....

### Intestatario di indennità di accompagnamento:

- NO       SI

**Dati relativi alle risorse economiche dell'interessato all'ammissione**

Situazione Pensionistica:  nessuna pensione  anzianità/vecchiaia  sociale  
 speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc)  reversibilità  
 invalidità  due o più tipologie di pensioni

**Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto**

- Tipologia: - a tempo determinato (solievo) per n. mesi .....
- a tempo indeterminato
- Necessità di ingresso  urgente  breve termine  lungo termine

**Elenco dei documenti da allegare al momento della presentazione della domanda di ammissione:**

1. relazione assistenziale allegata;
2. relazione sanitaria allegata (compilata a cura del medico curante).

IL SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE DICHIARA **DI AVERE RICEVUTO IN COPIA, PRESO VISIONE E COMPRESO I SEGUENTI**

**DOCUMENTI:**

- CARTA DEI SERVIZI;
- REGOLAMENTO INTERNO.

Data.....

Firma del Richiedente .....

## RELAZIONE ASSISTENZIALE

(Da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Cognome e Nome assistito .....

### TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- E' indipendente

### DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- Cammina senza aiuto

### LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri

### IGIENE PERSONALE

- Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- E' capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

### ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc.. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Totale indipendenza nel mangiare

### CONFUSIONE

- E' completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- E' in grado di pensare chiaramente

#### IRRITABILITA'

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo

#### IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi;
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione;
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza;
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

#### ALTRE SEGNALAZIONI

##### ❖ Incontinenza:

- Assente
- Solo urinaria
- Solo fecale
- Doppia

##### ❖ Gestione incontinenza:

- Presidi assorbenti
- Ano artificiale
- Catetere

##### ❖ Ausili per il movimento:

- Bastone/deambulatore
- Carrozzina
- Nessuno

Il compilatore:

Cognome ..... Nome .....

In qualità di .....

Data .....

Firma .....

# RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito .....  M  F

Data di nascita ..... Data compilazione .....

### LEGENDA

**A:** assente; **L:** lieve – trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M:** moderata – trattamento necessario; prognosi buona; **G:** grave, è invalidante – trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG:** molto grave – trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA	Gravità
------	---------

(barrare la casella che interessa come da legenda)

#### solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE	A	L	M	G	MG
---------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....  
.....

IPERTENSIONE (si valuta la severità)	A	L	M	G	MG
--------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....  
.....

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....  
.....

APPARATO RESPIRATORIO	A	L	M	G	MG
-----------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....  
.....

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola , laringe)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....  
.....

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....  
.....

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie, segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....  
.....

FEGATO	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....  
.....

RENE	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....  
.....

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....  
.....

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....  
.....

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....  
.....

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....  
.....

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....  
.....



## ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare:
Lesione da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria	NO	SI	Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone e/o deambulatore: Carrozzina:
Protesi	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio	NO	SI	Note:
Vagabondaggio	NO	SI	Note:
Agitazione psico-motoria	NO	SI	Note:
Inversione ritmo sonno-sveglia	NO	SI	Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci	NO	SI	Specifica:

**TERAPIA IN ATTO**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Note:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Recapito telefonico del Medico .....

Timbro e Firma del Medico

[Empty rectangular box for stamp and signature]

## INFORMATIVA ALL'OSPITE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarla che il Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali", d'ora in avanti Codice sulla Privacy) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Il Codice sulla Privacy individua una particolare categoria di dati, definiti "dati sensibili", consistenti nei dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale; tali dati possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso dell'interessato e previa autorizzazione del Garante.

Ai sensi dell'Articolo 13 del Codice sulla Privacy, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1) Il trattamento che intendiamo effettuare:

a) Riguarda sia dati che possono essere definiti comuni sia dati rientranti nella categoria dei dati "sensibili" ossia, nel caso di specie, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute;

Il trattamento dei suoi dati comuni avviene per le seguenti finalità: finalità amministrative e contabili, per adempiere agli obblighi di legge in campo fiscale e contabile, per adempiere agli obblighi di natura contrattuale e precontrattuale, per la gestione dei pagamenti. Il trattamento dei dati funzionali per l'espletamento di tali finalità è necessario per l'esecuzione del rapporto che intercorre con la nostra cooperativa e il loro conferimento è obbligatorio per attuare le finalità sopra indicate, il rifiuto a comunicare detti dati comporta l'impossibilità ad effettuare le attività proprie dell'Ente.

Il Trattamento dei dati sensibili ha le seguenti finalità: effettuare la valutazione per l'inserimento in R.S.A. e le procedure amministrative inerenti l'espletamento delle pratiche di ricovero, nonché fornire all'utenza le migliori prestazioni socio sanitarie assistenziali/educative possibili;

b) riguarda qualunque operazione e complesso di operazioni, svolti con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati.

c) i dati raccolti verranno comunicati ai Servizi competenti della locale A.S.L. e della Regione Lombardia esclusivamente per la finalità di assolvimento del debito informativo a cui la R.S.A. è tenuta;

d) potrà comportare la comunicazione dei dati ad altri soggetti, solo se da parte Sua verrà rilasciato il previsto consenso;

e) con la sottoscrizione del consenso a questo Ente, la S.V. prende atto che lo stesso metterà a disposizione del Suo FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che a Lei saranno prestate. La S.V. prende altresì atto che sia la comunicazione al Suo medico di base dell'evento sanitario che La sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il Suo FSE, potranno avere luogo solamente qualora la S.V. abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS – Informativa ex art. 76 D.Lgs. 196/2003" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato;

f) Il conferimento dei dati ed il rilascio del consenso da sottoscrivere in calce alla presente sono facoltativi. Si evidenzia, peraltro, che il loro mancato conferimento, così come la mancata sottoscrizione della formula di consenso, potrebbero impedire la corretta valutazione della domanda di ammissione e precludere la possibilità di essere inseriti presso la Residenza Sanitaria;

g) Il Titolare del trattamento dei dati è l'Ente Gestore – Cooperativa Sociale FAI Ponte Vecchio SPA, con sede legale in San Martino Siccomario in via degli Ontani N. cap 27028 – Legale Rappresentante Arch. Marabelli Luisa.

h) Il Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore dell'Ente: Rendina Domenico, domiciliato a tale riguardo presso la sede dell'Ente;

i) In relazione al trattamento, Lei potrà esercitare in ogni momento, nei confronti del titolare del trattamento, i diritti di accesso ai propri dati ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. n. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

**DIRITTI DELL'INTERESSATO Art. 7 D.Lgs. 196/2003**  
(Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

**FORMULA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME..... NOME.....

NATO A ..... PROV. .... Il...../...../.....

RESIDENTE A ..... PROV. .... CAP .....

VIA..... N. ....

Acquisite le informazioni contenute nell'informativa di cui sopra e preso atto dei propri diritti, riconoscendo che i dati relativi allo stato di salute rientrano nel novero dei dati sensibili,

acconsente  non acconsente

al trattamento dei dati personali.

Cava Manara, li \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE

\_\_\_\_\_