

## DOMANDA ACCOGLIENZA

Piccola Casa della Divina Provvidenza Cottolengo – Tel. 055 482296 – Fax 055 482692  
email: [direzionefirenze@cottolengo.org](mailto:direzionefirenze@cottolengo.org) – [firenze.urp@cottolengo.org](mailto:firenze.urp@cottolengo.org)

### GENERALITA' DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(compilare solo se diverso dal diretto interessato all'inserimento presso la RSA)

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

In qualità di ☐ AdS ☐ Tutore ☐ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE IL RICOVERO PER IL/LA SIG./SIG.RA (persona da accogliere)

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

SOPRANNOME O DIMINUTIVO DELL'OSPITE \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

STATO CIVILE \_\_\_\_\_

DOC. IDENTITA' N. \_\_\_\_\_ SCADENZA \_\_\_\_\_

CODICE ESENZIONE \_\_\_\_\_

### URGENZA DELLA DOMANDA

☐ Estrema ☐ Ordinaria ☐ Inserimento in lista d'attesa a scopo preventivo

### MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO

☐ Stato di salute compromesso ☐ Condizioni abitative non idonee

☐ Problemi familiari ☐ Perdita autonomia

☐ Vive solo/a ☐ Altro \_\_\_\_\_

### DATI PERSONALI

#### SCOLARITA'

☐ Nessuna scolarità ☐ Diploma medie inferiori

☐ Licenza elementare ☐ Diploma medie superiori in \_\_\_\_\_

☐ Laurea in \_\_\_\_\_ ☐ Altro \_\_\_\_\_

Principale attività lavorativa svolta \_\_\_\_\_

Interessi/Hobby che aveva una volta e/o negli ultimi tempi?

- ☐ Leggere    ☐ Guardare la TV    ☐ Chiacchierare    ☐ L'orto    ☐ Giocare a carte  
☐ Passeggiare    ☐ Ascoltare musica    ☐ Accudire animali    ☐ Uncinetto    ☐ Ballo    ☐ Canto  
☐ Volontariato    ☐ Pittura/disegno    ☐ Sport \_\_\_\_\_    ☐ Ricamo/maglia  
☐ Altro \_\_\_\_\_

Ha mai fumato? ☐ NO    ☐ SI per quanto tempo? \_\_\_\_\_

Nome del marito/moglie (eventuale diminutivo usato in famiglia) \_\_\_\_\_

Se vedovo/a, da quanto tempo \_\_\_\_\_

Num. figli maschi \_\_\_\_\_ Num. figlie femmine \_\_\_\_\_ Num. sorelle \_\_\_\_\_ Num. fratelli \_\_\_\_\_

C'è qualcuno oltre la famiglia con cui abbia un rapporto particolarmente positivo?

\_\_\_\_\_

In merito alla decisione del futuro ricovero l'anziano è:

- ☐ Consenziente    ☐ Indifferente    ☐ Non in grado di decidere  
☐ Contrario    ☐ Non informato

Come si sente da caregiver in questo momento importante per la vita della vostra famiglia?

\_\_\_\_\_

La richiesta è per un ricovero:

- ☐ Temporaneo di durata \_\_\_\_\_ ☐ Sollievo \_\_\_\_\_ ☐ Definitivo

INVALIDITA' CIVILE codice \_\_\_\_\_

- ☐ in corso    ☐ riconosciuta al \_\_\_\_\_%    ☐ domanda non presentata

INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO

- ☐ Non riconosciuta    ☐ Riconosciuta (indicare il tipo) \_\_\_\_\_  
☐ In attesa    ☐ Invalido 100% con accompagnamento    ☐ Domanda non presentata

### RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

Attualmente la persona per cui si presenta domanda di ricovero si trova:

- ☐ Al proprio domicilio  ☐ CON n° \_\_\_\_\_ BADANTI    ☐  
☐ SOLO/A    ☐  
☐ CON IL CONIUGE    ☐

☐ In ospedale (*indicare quale*) \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

☐ In struttura riabilitativa (*indicare quale*) \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

☐ In struttura lungodegenza (*indicare quale*) \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

☐ Altra RSA (*indicare quale*) \_\_\_\_\_

☐ Vive in casa con i figli ☐ Vive con altri parenti \_\_\_\_\_

Se residente in abitazione privata ☐ in affitto ☐ di proprietà ☐ altro \_\_\_\_\_

#### SERVIZI INTERESSATI:

Nominativo Assistente Sociale: \_\_\_\_\_ Quartiere N. \_\_\_\_\_

Stato della pratica: \_\_\_\_\_

Nominativo medico curante: \_\_\_\_\_

Recapito medico curante: \_\_\_\_\_

#### INFORMAZIONI UTILI

##### Vaccino anti COVID-19

☐ Non eseguito

☐ Eseguito in data:

1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ oppure 1<sup>a</sup> somministrazione programmata in data \_\_\_\_\_

2<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ oppure 2<sup>a</sup> somministrazione programmata in data \_\_\_\_\_

3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ oppure 3<sup>a</sup> somministrazione programmata in data \_\_\_\_\_

4<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ oppure 4<sup>a</sup> somministrazione programmata in data \_\_\_\_\_

☐ Guarito/a da pregressa infezione SARS-CoV-2 – Data ultimo tampone negativo \_\_\_\_\_

Dose vaccinale n. \_\_\_\_\_ programmata in data \_\_\_\_\_

Terapie abituali \_\_\_\_\_

Allergie e intolleranze note \_\_\_\_\_

La persona da accogliere presenta le seguenti condizioni generali/patologie

Igiene personale: ☐ autonomo ☐ parzialmente autonomo ☐ non autonomo

Alimentazione: ☐ autonomo ☐ si alimenta con aiuto ☐ non autonomo

☐ cibo intero ☐ cibo tritato ☐ cibo omogeneizzato/frullato

☐ disfagia ☐ SNG ☐ PEG

Urina/feci: ☐ autonomo ☐ parzialmente autonomo ☐ non autonomo ☐ C.V. ☐ PAD

Deambulazione: ☐ autonomo ☐ con bastone ☐ con tripode

☐ con girello ☐ in carrozzina ☐ altro \_\_\_\_\_

**Sonno:** ☐ tranquillo ☐ con sedativo

**Vista:** ☐ buona ☐ mediocre ☐ nulla

**Udito:** ☐ buono ☐ mediocre ☐ nullo

**Linguaggio:** ☐ parla normalmente ☐ parla con difficoltà ☐ non parla

**Lucidità mentale:** ☐ buona ☐ mediocre ☐ nulla

**Protesi e ausili:** ☐ no ☐ sì quali? \_\_\_\_\_

**SE DOVESSE DESCRIVERE IL CARATTERE DEL FUTURO OSPITE, COME LO DEFINIREBBE?**

---



---



---

**ULTIMI RICOVERI O EPISODI SIGNIFICATIVI RELATIVI ALLA SALUTE E SFERA RELAZIONALE/FAMILIARE**

---



---



---

**COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA**

|                                            |                                                   |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Direttamente      | <input type="checkbox"/> Internet                 |
| <input type="checkbox"/> Servizio Sociale  | <input type="checkbox"/> Eventi/Manifestazioni    |
| <input type="checkbox"/> Portale regionale | <input type="checkbox"/> Associazioni _____       |
| <input type="checkbox"/> MMG               | <input type="checkbox"/> Medico specialista _____ |
| <input type="checkbox"/> Passaparola       |                                                   |

**Documenti da allegare alla richiesta di inserimento**

- 1) Copia carta d'identità/Tessera sanitaria della persona che presenta la domanda.
- 2) Copia carta d'identità/Permesso soggiorno se cittadino extracomunitario, in corso di validità, della persona da accogliere.
- 3) Copia tessera sanitaria della persona da accogliere.
- 4) Copia eventuali esenzioni.
- 5) Copia libretto vaccinale.
- 6) Copia verbale invalidità.
- 7) Copia documentazione relativa alla tutela (copia procura, decreto nomina AdS, ecc.)
- 8) Copia relazione geriatrica (se in possesso) o relazione del MMG sulle condizioni generali.
- 9) Terapia farmacologica attuale prescritta dal MMG.
- 10) Modulo "Informativa privacy per il prericovero-lista d'attesa e informativa privacy per caregiver".

**Data di presentazione della domanda:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma richiedente** \_\_\_\_\_