DOMANDA ACCOGLIENZA

Piccola Casa della Divina Provvidenza Cottolengo – Tel. 055 482296 - 055 4684248
email: direzionefirenze@cottolengo.org – 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^ dose _____ oppure 1^ somministrazione programmata in data _____

2^ dose _____ oppure 2^ somministrazione programmata in data _____

3^ dose _____ oppure 3^ somministrazione programmata in data _____

4^ dose _____ oppure 4^ somministrazione programmata in data _____

5^ dose _____ oppure 5^ 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 ☐ si 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

☐ Direttamente
☐ Internet
☐ Servizio Sociale
☐ Eventi/Manifestazioni
☐ Portale regionale
☐ Associazioni _____
☐ MMG
☐ Medico specialista _____
☐ 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 _____