

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

☐ Vive solo/a ☐ Condizioni abitative non idonee
☐ Problemi familiari ☐ Perdita autonomia/Stato salute compromesso
☐ 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 _____

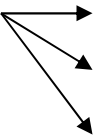
- ☐ In corso ☐ Riconosciuta al _____% ☐ Domanda non presentata

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 lungodegenza/riabilitativa (indicare quale) _____

☐ 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: _____

Recapiti assistente sociale _____

Stato della pratica di non autosufficienza (regime convenzionato): _____

Nominativo medico curante: _____

Recapiti medico curante: _____

INFORMAZIONI UTILI

Vaccino anti COVID-19

☐ Non eseguito ☐ Eseguito

Vaccino Polmonite Pneumococcica

☐ Non eseguito ☐ Eseguito

Vaccino Antinfluenzale

☐ Non eseguito ☐ Eseguito

Vaccino Herpes Zoster

☐ Non eseguito ☐ Eseguito

La persona da accogliere presenta le seguenti condizioni generali/diagnosi

Terapie abituali _____

Allergie e intolleranze note _____

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. ☐ Pannolone

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

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

Documenti da allegare alla domanda di accoglienza

- 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 verbale invalidità e/o accertamento handicap.
- 6) Copia documentazione relativa alla tutela (copia procura, decreto nomina AdS, ecc.)
- 7) Copia relazione geriatrica (se in possesso) o relazione del MMG sulle condizioni generali/diagnosi.
- 8) Terapia farmacologica attuale prescritta dal MMG o altro specialista.
- 9) Modulo "Informativa privacy per il prericovero-lista d'attesa e informativa privacy per caregiver" (inviati insieme alla domanda).

Data di presentazione della domanda: ____/____/____

Firma richiedente _____