

DOMANDA DI RICOVERO PRESSO LA R. S. A.

Cognome _____ Nome _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
Residenza _____ Telefono _____
Stato civile _____ Vive solo Sì No
(se No, specificare con chi)

Attualmente ricoverato presso:

PRESENTAZIONE DEL CASO A CURA DEL RICHIEDENTE FAMILIARE

È stato nominato dal Giudice Tutelare un **Amministratore di Sostegno (AdS)**?

Sì No Domanda in corso

È stato nominato dal Giudice Tutelare un **Tutore Legale**?

Sì No Domanda in corso

I sottoscritti si impegnano a presentare richiesta di nomina dell'Amministratore di Sostegno al Giudice Tutelare, secondo le direttive delle **Legge 6 del 9 Gennaio 2004**, e nel rispetto di quanto indicato nella **DGR 3540 del 30.05.2012**.

Si impegnano inoltre a rinnovare la domanda di ricovero ogni 6 mesi: in caso contrario, la stessa verrà annullata.

Firma dell'interessato (obbligatoria se non esistono AdS o Tutore) _____

Firma del Familiare _____ AdS _____
 Tutore _____ Altro (spec.) _____

Estremi

Sig./ra _____

Residenza _____ Telefono _____

Eventuale relazione di parentela _____

Gallarate, _____

TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA

- È in grado di alzarsi da solo dal letto e/o dalla sedia
- È in grado di alzarsi, ma sotto il controllo di una persona che dia sicurezza
- È in grado di alzarsi, ma ha bisogno dell'aiuto di una persona per alcuni spostamenti (passaggio da sdraiato a seduto, passaggio da seduto a in piedi...)
- Non è in grado di alzarsi: è necessario l'aiuto di una persona
- Non è in grado di alzarsi: è necessario l'aiuto di due persone o del "sollevatore"

MOBILITÀ

- Cammina e si sposta da solo
- Cammina da solo, ma è necessario l'aiuto di una persona quando deve alzarsi e sedersi
- Cammina e si sposta solo con l'aiuto di una o due persone
- Non è in grado di camminare né di stare in piedi
- È allettato

AUSILI UTILIZZATI (si possono indicare più risposte)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nessuno | <input type="checkbox"/> Carrozzina |
| <input type="checkbox"/> Bastone | <input type="checkbox"/> usata per brevi spostamenti in casa |
| <input type="checkbox"/> usato per brevi spostamenti in casa | <input type="checkbox"/> usata per lunghi spostamenti fuori casa |
| <input type="checkbox"/> usato per camminare fuori casa | <input type="checkbox"/> usata sempre |
| <input type="checkbox"/> usato sempre | <input type="checkbox"/> usata in autonomia (si spinge da solo) |
| <input type="checkbox"/> Deambulatore/girello | <input type="checkbox"/> uso non autonomo |
| <input type="checkbox"/> usato per brevi spostamenti in casa | |
| <input type="checkbox"/> usato per camminare fuori casa | |
| <input type="checkbox"/> usato sempre | |

CURA DELLA PERSONA

- Si occupa da solo della propria persona con buoni risultati
- Riesce a prendersi cura della propria persona e/o a collaborare nei gesti più difficili (doccia, igiene intima, igiene orale, rasatura della barba...)
- Riesce a prendersi cura della propria persona e/o a collaborare nella pulizia di mani e viso
- Dipende completamente nella cura del proprio aspetto e dell'igiene personale

ABBIGLIAMENTO

- Si veste da solo senza aiuto
- Necessita di qualche aiuto per indossare alcuni indumenti
- Da solo non è in grado di vestirsi in modo corretto e adeguato
- Non può vestirsi da solo

CONTINENZA VESCICALE

- Continente
- Incontinente uso di pannolone
- catetere

CONTINENZA INTESTINALE

- Continente
- Incontinente uso di pannolone
- stomia

ALIMENTAZIONE

- A tavola mangia da solo ed in modo adeguato
- Mangia da solo anche se in modo poco adeguato
- L'assunzione degli alimenti deve essere facilitata da opportune preparazioni del cibo (tagliato, macinato, frullato...)
- Deve essere imboccato per l'intera durata del pasto
- È portatore di PEG o sondino naso-gastrico

RELAX

- Non ha l'abitudine di riposarsi a letto o in poltrona durante la giornata
- Ogni tanto gradisce un riposino dopo mangiato
- D'abitudine fa un sonnellino dopo mangiato

SONNO (si possono indicare più risposte)

- Dorme tranquillamente secondo ritmi ed orari naturali (a volte spesso sempre)
- Fatica ad addormentarsi e ha un sonno disturbato (a volte spesso sempre)
- Assume farmaci per dormire (a volte spesso sempre)
- Presenta alterazioni del comportamento durante la notte (a volte spesso sempre)

UDITO

- Ci sente bene
- Ha qualche problema di udito
- Ha gravi difficoltà uditive
- È portatore di apparecchio acustico

VISTA

- Ci vede bene
- Ha qualche difficoltà visiva
- Ha un grave deficit visivo
- Porta gli occhiali

ORIENTAMENTO SPAZIALE

- Riconosce sempre il luogo in cui si trova
- A volte ha difficoltà nel riconoscere luoghi e ambienti
- Molto spesso ha difficoltà nel riconoscere luoghi e ambienti
- È completamente disorientato, non è in grado di capire in che luogo si trova

ORIENTAMENTO TEMPORALE

- È perfettamente consapevole dei tempi e momenti della giornata e dell'anno
- Saltuariamente è in difficoltà nel riconoscere giorno e ora, passato e presente
- Frequentemente è in difficoltà nel riconoscere giorno e ora, passato e presente
- È disorientato e non ha consapevolezza del tempo

COMUNICAZIONE

- Si esprime con parole adeguate e comprensibili
- Ha difficoltà ad esprimersi con parole adeguate e comprensibili
- Usa prevalentemente i gesti per comunicare
- Non sa o non può comunicare

COMPORAMENTO

- Si comporta in maniera corretta ed adeguata
- Si mostra poco socievole e non ama stare in compagnia (a volte spesso sempre)
- Si mostra triste e demotivato (a volte spesso sempre)
- Si mostra apatico, indifferente e apparentemente assente (a volte spesso sempre)
- Si mostra eccessivamente emotivo (piange, si lamenta, si spaventa senza un reale motivo)
(a volte spesso sempre)
- Si mostra ansioso (a volte spesso sempre)
- Si mostra ripetitivo (ripete eccessivamente richieste e/o espressioni verbali)
(a volte spesso sempre)
- Si mostra irrequieto (cammina continuamente, ripete gesti senza senso)
(a volte spesso sempre)
- Si mostra disinibito (si comporta in maniera inusuale rispetto alle proprie abitudini, educazione e cultura)
- Si mostra facilmente irritabile (a volte spesso sempre)
- Si mostra aggressivo con le parole (a volte spesso sempre)
- Si mostra aggressivo fisicamente (a volte spesso sempre)

Domanda rinnovata il _____ Eventuali note

Domanda rinnovata il _____ Eventuali note

Domanda rinnovata il _____ Eventuali note

IL MELO ONLUS SOCIETA'
COOPERATIVA SOCIALE
Sede Legale: via Magenta, 3
21013 Gallarate (MI)

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO
(art. 13 D.Lgs. 196/2003 Codice In Materia Di Protezione Dei Dati Personali)

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarLa che il Codice in materia di protezione dei dati personali prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del Codice predetto, Le forniamo, quindi, le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

- Rilevazione stato di salute
- Compilazione della cartella clinica
- Adempimenti amministrativo/contabili
- Predisposizione di dati statistici
- Fornitura di prestazione specialistica da terzi autorizzati (artt. 78 e 81 D.lgs. n. 196/2003)

2. Desideriamo avvalerci della modalità semplificata di informativa e consenso di cui agli artt. 78 e 81 D.lgs. n. 196/2003, in riferimento alla pluralità di prestazioni erogate anche da parte di terzi professionisti per la fornitura di prestazioni specialistiche (fornitura ausili, idoneità, visite specialistiche, ecc.).

3. In base al Titolo VII capo III del D.lgs. n. 196/2003 qualora i suoi dati dovessero necessitare per finalità di ricerca scientifica o di statistica, saranno trasmessi in forma anonima, al fine di valutare l'efficacia e l'appropriatezza delle procedure di diagnosi, trattamento ed erogazione dei servizi, altresì per la produzione di elaborati scientifici proposti per la pubblicazione e/o comunicazione in eventi congressuali.

4. I dati personali idonei a rivelare il suo stato di salute in relazione ai servizi erogati potranno essere notificati a Lei o ad altro medico da Lei designato tramite il referente di questa struttura o suo sostituto/incaricato.

5. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: registrazione ed elaborazione su supporto cartaceo e supporto magnetico.

6. I dati raccolti, la diagnosi e le eventuali terapie e cure da Lei praticate e quant'altro necessario, saranno comunicati in base alle normative vigenti e per quanto di competenza, alla Azienda Sanitaria Locale, alle Pubbliche Amministrazioni pertinenti per il servizio erogato, alle autorità di Pubblica Sicurezza, Enti previdenziali ed Assistenziali, o in caso di necessità, all'Azienda Ospedaliera designata al ricovero e dietro specifica richiesta alla Autorità Giudiziaria. I dati, inoltre, potranno essere comunicati a professionisti o ad altro soggetto, parimenti individuabile, per l'espletamento di prestazioni specialistiche su richiesta che richiedano trattamento dei dati correlato a quello effettuato dalla Struttura Sanitaria.

7. Il trattamento può riguardare dati sensibili relativi allo stato di salute.

Il trattamento viene effettuato da personale autorizzato ed opportunamente istruito, reso edotto dei vincoli imposti dal D.lgs n.196/2003, con misure di sicurezza atte a garantire la riservatezza nei limiti imposti dall' Autorizzazione Generale del Garante.

8. Il conferimento dei dati è necessario per adempiere alle sopraindicate finalità l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata instaurazione e/o prosecuzione del rapporto.

9. Il Titolare del trattamento è IL MELO ONLUS SOCIETÀ COOPERATIVA LOCALE, Via Magenta 3, 21013 Gallarate (MI);

10. Il Responsabile del trattamento è la Dott.ssa Rita Nichele;

11. Al Responsabile Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti, così come previsto dall'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196) che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

Art. 7 Codice in materia di protezione dei dati personali, diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personale 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.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI IN AMBITO SANITARIO

(Art.23 D.lgs 196/2003)

Il/La Sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il _____ tel. _____

DICHIARA

- Dopo aver preso visione dell'informativa, dichiara il consenso al trattamento dei suddetti dati;
- Prende atto che il consenso così manifestato avrà validità per ogni prestazione eseguita presso questa Azienda.

RICHIEDE

Che le informazioni sul suo stato di salute vengano fornite alle seguenti persone:

	SI	NO	RECAPITO TELEFONICO
CONIUGE			
FIGLI			
GENITORI			
ALTRI			

Lì FIRMA DEL DICHIARANTE:

Nel caso di paziente minore o interdetto, o nei casi in cui la manifestazione di consenso viene resa da persona diversa dall'interessato, l'esercente la patria potestà, il legale rappresentante ovvero la persona diversa dal paziente, chiamata a manifestare il consenso al trattamento dei dati personali in ambito sanitario, sottoscrive la seguente:

Il/La Sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il _____

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, dichiara:

- Di essere congiunto del paziente sopra indicato
- Di essere familiare del paziente sopra indicato
- Di essere convivente del paziente sopra indicato
- Di essere accompagnatore della struttura presso la quale dimora l'interessato

FIRMA DEL DICHIARANTE:

PROFILO SANITARIO SIG./RA _____

Peso kg _____ Altezza cm _____ PA _____ FC _____

CONNOTAZIONI FISIOPATOLOGICHE

NUTRIZIONE

- Sovrappeso
- Malnutrizione
- Deperimento organico
- Cachessia neoplastica

EVACUAZIONE

- Incontinenza urinaria
- Incontinenza fecale
- Stipsi/diarrea

PROFILO METABOLICO

- Intolleranza glicidica
- Dislipidemia
- Iperuricemia
- Ipoproteinemia
- Uremia
- Alterazioni elettrolitiche

DIPENDENZE

- Potus
- Tabagismo
- Bulimia/Anoressia
- Farmacodipendenza

SONNO

- Insonnia non trattata
- Ipnoinduzione

MOVIMENTO

- Sindrome ipocinetica
- Allettamento
- Deficit neuromotori
- Limitazioni apparato locomotore
- Limitazioni cardiorespiratorie
- Protesi e ausili

SENSORIALITÀ

- Ipovisus
- Ipoacusia

CUTE

- Ulcere trofiche
- Infezioni
- Parassitosi

PROFILO PSICOSOCIALE

- Nevrosi d'ansia
- Depressione
- Demenza
- Psicosi
- Epilessia
- TS
- Asocialità

ALLERGIE _____ INTOLLERANZE _____

TERAPIE IN ATTO

OSSIGENOTERAPIA

continuativa

di supporto

O₂ liquido portatile

MEDICAZIONI

continuative

occasionali

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

continuativa

occasionale

MEDICO CURANTE

dott. _____ Tel. _____



NOTE ANAMNESTICHE

in caso di affezioni pregresse o in atto, darne succinto resoconto

Affezioni cardiovascolari No Pregresse In atto _____

Affezioni respiratorie No Pregresse In atto _____

Affezioni dell'apparato digerente No Pregresse In atto _____

Affezioni dell'apparato urogenitale No Pregresse In atto _____

Affezioni del sistema nervoso centrale No Pregresse In atto _____

Diagnosi accertata di Morbo di Alzheimer rilasciata da _____

Patologie del sistema nervoso periferico No Pregresse In atto _____

Esiti neuromotori No Pregressi In atto _____

Patologie muscolo-scheletriche No Pregresse In atto _____

Limitazioni funzionali mioosteoarticolari No Pregresse In atto _____

Malattie endocrino-metaboliche No Pregresse In atto _____

Deficit sensoriali No Pregressi In atto _____

Patologie di altri apparati No Pregresse In atto _____

COMPENSO CLINICO stabilizzato precario

ULTIMO PROFILO EMATOCHIMICO DISPONIBILE IN DATA _____

ULTIMO EVENTUALE RICOVERO OSPEDALIERO IN DATA _____

EVENTUALI CENTRI E/O SERVIZI CLINICI DI RIFERIMENTO _____

INDICAZIONI CLINICHE E SUGGERIMENTI DEL MEDICO CURANTE

compilato in data _____ dal Dott. (timbro e firma) _____

DOCUMENTI NECESSARI PER PRESENTAZIONE DOMANDA DI RICOVERO IN RSA

- Fotocopia **FRONTE e RETRO** nuova TESSERA SANITARIA (Carta regionale dei Servizi)
- Fotocopie TESSERINI per ESENZIONE TICKET (per reddito, patologia, invalidità civile, ecc.)
- Fotocopia Verbale riconoscimento Invalidità Civile (modulo Regione Lombardia), se in possesso
- Fotocopia eventuali valutazioni neurologiche
- Fotocopia CODICE FISCALE
- Fotocopia CARTA IDENTITÀ

INDICARE INOLTRE (dati richiesti dalla Regione Lombardia):

SITUAZIONE ABITATIVA (AL DOMICILIO)

- Vive solo
- Vive con altro/i familiari/convivente
- Vive solo con badante
- Vive con altro/i familiari/convivente e badante
- Vive con altre persone non parenti e non partner
- Informazione non nota

PERCENTUALE INVALIDITA'

- Nessuna
- Tra lo 0 e il 33% compreso
- Tra il 34% e il 45% compresi
- Tra il 46% e il 66% compresi
- Tra il 67% e il 73% compresi
- Tra il 74% e il 99% compresi
- 100%
- Informazione non nota

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

- Sì
- No
- Pratica in itinere
- Informazione non nota

TIPO RICHIESTA DI RICOVERO

- Ricovero ordinario
- Ricovero di sollievo

SITUAZIONE ALLA DATA DELLA RILEVAZIONE

- 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
- Ricoverato in struttura sanitaria per acuti
- Ricoverato in struttura per cure intermedie
- Ricoverato in struttura di riabilitazione territoriale
- Ospite nella stessa Rsa su pl non contrattualizzato
- Ospite in altra Rsa su pl non contrattualizzato
- Ospite in altra Rsa su pl a contratto
- Ospite in struttura sociale
- Ospite in altra tipologia di struttura socio-sanitaria
- Informazione non nota

TITOLARE DI...

- Nessuna pensione
- Pensione anzianità/vecchiaia
- Pensione sociale
- Pensione di reversibilità
- Invalidità (se minore di 65 anni)
- Altre (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)

TITOLO DI STUDIO

- Nessun titolo (analfabeta)
- Licenza elementare
- Licenza di scuola media inferiore o avviamento
- Scuola professionale
- Diploma di scuola superiore
- Laurea

POSIZIONE PROFESSIONALE

- Pensionato – ha svolto lavoro dipendente
- Pensionato – ha svolto lavoro autonomo
- Non ha mai lavorato (casalinga)

In attuazione delle norme che regolamentano il contratto di accreditamento sottoscritto con l'ASL della Prov. di Varese, è fatto obbligo di informare gli Utenti, fin dal momento della richiesta di accesso alla RSA, della possibilità di rivolgersi a Pubblici Uffici in caso di un contenzioso non risolto con la Direzione de Il Melo, dopo aver utilizzato i canali messi a disposizione degli Utenti segnalati sulla Carta dei Servizi (ufficio URP).

Si rende noto a tutti gli Ospiti della R.S.A "IL MELO" che è possibile chiedere l'intervento del **Difensore Civico del Comune di Gallarate** in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni, nonché per ogni eventuale necessità.

Il Difensore Civico riceve il pubblico nell'ufficio sito in Palazzo Borghi Via Verdi, 2 preferibilmente su appuntamento. Orari ricevimento: lunedì e giovedì 09.30 - 12.30.

Tel. 0331.754410/408

E-Mail Difensorecivico@comune.gallarate.va.it

Informiamo inoltre che, in caso di necessità, è possibile rivolgersi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e all'Ufficio di Pubblica Tutela dell'ASL.

UFFICIO DI PUBBLICA TUTELA

A partire dal 09.03.2009 è attivo presso l'ASL di Varese l'Ufficio di pubblica tutela, istituito ai sensi della L.R. n. 3/2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" -

Responsabile dott.ssa Gabriella Broggi Roncoroni

. L'attività dell'Ufficio di pubblica tutela si esplica in collaborazione con l'Ufficio relazioni con il pubblico, già operativo presso l'ASL, con il quale sono definiti percorsi operativi quanto più possibile funzionali per i cittadini.

L'Ufficio si occupa della verifica di eventuali segnalazioni di disservizi, raccogliendo le necessarie informazioni sul caso presso i responsabili dei servizi e/o Unità Operative interessati ed istruendo la relativa risposta.

Riceve le osservazioni, le denunce e/o i reclami riguardanti la difficoltà di fruizione delle prestazioni sanitarie e sociali e fornisce agli assistiti tutte le informazioni per tutelare i diritti riconosciuti dalle leggi vigenti in materia.

Segnala alla Direzione Strategica dell'Azienda Sanitaria Locale le eventuali violazioni dei diritti al fine di permettere all'Azienda di adottare gli opportuni provvedimenti. L'ufficio di pubblica tutela interviene, di norma, ad un secondo livello, nei casi di segnalazione scritta da parte di utenti che non si ritengono soddisfatti delle risposte fornite dall'ufficio relazioni con il pubblico.

L'Ufficio ha sede presso la Direzione Generale in via O. Rossi n. 9 a Varese ed è contattabile tutti i lunedì dalle ore 8,30 alle ore 11,30 e dalle ore 13,00 alle ore 16,00 al n. telefonico 0332/277544- fax n. 0332/277429 e-mail: pubblicatutela@asl.varese.it

Data _____

Firma del Paziente o del suo familiare
per presa visione