

Fondazione
CASA DI RIPOSO "S. ORSOLA" ONLUS
23036 TEGLIO (SO) - Via Italia, 21 - TEL. E FAX 0342/782243
P.IVA 00569650146 – COD. FISC. 83000750147 – REA 62518 - e-mail S.Orsola@libero.it

DOMANDA DI AMMISSIONE NEI MINI ALLOGGI PROTETTI

Sig./ra _____

Fondazione
CASA DI RIPOSO "S. ORSOLA" ONLUS
23036 TEGLIO (SO) - Via Italia, 21 - TEL. E FAX 0342/782243
P.IVA 00569650146 – COD. FISC. 83000750147 – REA 62518 - e-mail S.Orsola@libero.it

Il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente nel Comune di _____ via _____

eventuale domicilio (se diverso dalla residenza) _____

codice fiscale _____ Tessera sanitaria _____

familiare di riferimento (indicare indirizzo e n. telefono per eventuali comunicazioni) _____

eventuali altre persone di riferimento _____

CHIEDE

di essere ammesso/a nei mini alloggi protetti accettando incondizionatamente le norme e disposizioni previste dal Regolamento.

SI IMPEGNA

- a comunicare alla RSA le eventuali modifiche della situazione socio-sanitaria, nonché gli eventuali ripensamenti in merito alla domanda che viene inoltrata;
- ad effettuare regolarmente il versamento della retta, nella misura fissata dall'amministrazione.

DATA _____

Firma del richiedente _____

Firma per il richiedente _____

Indicare nome, cognome e grado di parentela _____

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS 196/2003

La Fondazione Casa di Riposo "S.Orsola" – onlus di Teglio per poter adempiere al ricovero ed all'assistenza del Sig./Sig.ra _____ ha bisogno di conoscere i dati personali (nome, cognome, codice fiscale, data di nascita, residenza ecc.) ed i dati relativi alla salute dell'ospite, oltre ai dati riguardanti i familiari e/o le persone a cui fare riferimento per la tutela della persona.

In ottemperanza alle disposizioni di cui al Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, si comunica che la Fondazione Casa di Riposo "S.Orsola" di Teglio, titolare del trattamento dei dati personali (ex art. 28 D.lgs 196/2003), è tenuta a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali e/o dati sensibili.

Fonte dei dati e finalità del trattamento

I dati personali ed i dati sensibili in nostro possesso sono raccolti direttamente dagli ospiti e/o dai loro parenti.

I dati da Lei/Voi forniti sono trattati dalla Fondazione Casa di Riposo "S.Orsola" – onlus unicamente per la finalità dello svolgimento dell'attività inerente all'incarico da Lei/Voi ricevuto, nonché per le attività connesse e/o strumentali alla prestazioni di tale incarico; per le finalità connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo; i dati personali sono utilizzati per:

1. registrazioni interne
2. comunicazioni alla Regione Lombardia, all'ASL, al Comune di residenza
3. il servizio di animazione (utilizzo di immagini fotografiche per finalità ricreative e redazione di pubblicazioni)
4. identificazione dei luoghi o oggetti assegnati all'ospite
5. la gestione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali al ricoverato/a nonché per la tutela della sua salute (ricoveri ospedalieri compresi), per la sua cura e per la gestione sanitaria dello stesso ospite.

La natura del conferimento di tali dati è obbligatoria.

L'eventuale rifiuto a rispondere e conferire i dati potrebbe comportare l'impossibilità oggettiva di effettuare la gestione dell'ospite e degli adempimenti riguardanti la tutela sanitaria, quali la cura, l'esame delle problematiche di salute, la richiesta di ausili sanitari, gli interventi all'interno dell'Ente o in caso di ricovero ospedaliero e le procedure amministrative, comunicazioni all'interessato o ai familiari, ecc.

Modalità e trattamento dei dati

In particolare, ai sensi delle disposizioni di cui al Dlgs 196/2003, si comunica che i dati saranno trattati da parte di questa fondazione, nel rispetto delle modalità indicate dall'art. 11 del presente decreto, che prevede, tra l'altro, che i dati stessi siano trattati in modo lecito e secondo correttezza, raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi, esatti e, se necessario, aggiornati, pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle formalità del trattamento, conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti e/o successivamente trattati.

Il trattamento dei dati avverrà con procedure atte a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato oltre che con strumenti manuali anche con strumenti informatici atti a memorizzare e gestire i dati stessi. Nel caso di dati sensibili, le garanzie di riservatezza applicate da questa struttura sono improntate alla massima cautela.

Il responsabile del trattamento (ex art. 29 Dlgs 196/2003) è la Sig.ra Branchi Daniela

Categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati

I dati possono essere utilizzati e comunicati per fini istituzionali sia all'interno dell'istituzione tra le persone incaricate del trattamento, sia a soggetti esterni che svolgono funzioni strettamente connesse o strumentali alla nostra attività, funzioni che devono pertanto ritenersi fondamentali ai fini dell'efficacia e dell'efficienza della nostra struttura, agli organismi competenti alla tutela della salute, al medico coordinatore dell'ASL competente dell'Unità valutativa interna, ai medici specialistici, ed altri enti pubblici per specifici adempimenti normativi.

I diritti dell'interessato

In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Dlgs 196/2003 che qui, per Sua maggiore comodità, riproduciamo integralmente

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.

Durata del trattamento

Informiamo che i dati forniti saranno trattati per il tempo necessario a garantire un'adeguata assistenza ai nostri ospiti e, più in generale, agli utenti della nostra struttura ed, in ogni caso, in ottemperanza a quanto previsto dalle norme civilistiche e fiscali e dalle leggi.

Infine si ricorda che per tutto quanto possa riguardare eventuali precisazioni riguardo alle misure di adeguamento alla normativa sulla protezione dei dati approntate da questa struttura si rimanda al Documento programmatico sulla sicurezza che viene redatto ed aggiornato annualmente.

Acquisizione del consenso al trattamento dei dati

Il/la sottoscritto/a, come identificato/a in premessa, dichiara di aver letto attentamente l'informativa sulla protezione dei dati personali rilasciata dalla Fondazione Casa di Riposo "S.Orsola" – onlus, ed autorizza quest'ultima al trattamento dei propri dati personali per le finalità e con le modalità contenute nel presente documento, prestandone il proprio consenso.

Teglio, li _____

Nome e cognome _____

Firma leggibile _____

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di _____ dichiara di aver letto attentamente l'informativa sulla protezione dei dati personali rilasciata dalla Fondazione Casa di Riposo "S.Orsola" – onlus, ed autorizza quest'ultima al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità contenute nel presente documento, prestandone il proprio consenso, per il/la Sig./Sig.ra _____, impossibilitato a sottoscrivere.

Firma leggibile _____

VALUTAZIONE MEDICA scala CIRS

1. **ASSENTE** : nessuna compromissione di organo/sistema
2. **LIEVE**: la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
3. **MODERATO** : la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività. Il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. colelitiasi, diabete, fratture)
4. **GRAVE** : la compromissione d'organo/sistema produce disabilità. Il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
5. **MOLTO GRAVE** : la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza. Il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia).

1	Patologie cardiache - solo cuore Diagnosi _____	1	2	3	4	5
2	Ipertensione - si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente Diagnosi _____	1	2	3	4	5
3	Patologie vascolari - sangue, vasi, midollo, sistema linfatico Diagnosi _____	1	2	3	4	5
4	Patologie respiratorie - polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe Diagnosi _____	1	2	3	4	5
5	O.O.N.G.L. - occhio, orecchio, naso, gola, laringe Diagnosi _____	1	2	3	4	5
6	Apparato G.I. superiore - esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas Diagnosi _____	1	2	3	4	5
7	Apparato G.I. inferiore - intestino, ernie Diagnosi _____	1	2	3	4	5
8	Patologie epatiche - solo fegato Diagnosi _____	1	2	3	4	5
9	Patologie renali - solo rene Diagnosi _____	1	2	3	4	5
10	Altre patologie genito-urinarie - ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali Diagnosi _____	1	2	3	4	5
11	Sistema muscolo scheletrico – cute - muscoli, scheletro, tegumenti Diagnosi _____	1	2	3	4	5
12	Patologie sistema nervoso centrale e periferico - non include la demenza Diagnosi _____	1	2	3	4	5
13	Patologie endocrine – metaboliche - include diabete, infezioni, stati tossici Diagnosi _____	1	2	3	4	5
14	Patologie psichiatriche – comportamentali - demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi Diagnosi _____	1	2	3	4	5

DIAGNOSI e BREVE VALUTAZIONE SANITARIA:

.....

.....

.....

.....

TERAPIE IN ATTO:

.....

.....

.....

VALUTAZIONE NECESSITA' ASSISTENZIALI

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

1. Incapace di collaborare al trasferimento. Sono necessari due assistenti per trasferire il paziente con o senza l'uso del sollevatore
2. In grado di collaborare ma è richiesta un notevole grado di assistenza da parte di un operatore in tutte le fasi del trasferimento
3. Il trasferimento richiede assistenza da parte di un operatore. L'assistenza può essere richiesta per alcuni aspetti del trasferimento
4. E' richiesta la presenza di un'altra persona sia per infondere fiducia che per assicurare supervisione e sicurezza
5. Il paziente è in grado, senza correre pericoli di accostare il letto manovrando una carrozzina, bloccarne i freni, sollevare le pedane poggiapiedi, salire sul letto, coricarvisi, passare alla posizione seduta sul bordo del letto, spostare la sedia a rotelle, risedercisi sopra. Si richiede autonomia in tutte le fasi del trasferimento.

DEAMBULAZIONE

1. Dipendente rispetto alla deambulazione
2. Durante la deambulazione è indispensabile la presenza costante di una o più persone
3. E' necessario aiuto per raggiungere e/o manovrare gli ausili. L'assistenza viene fornita da una persona
4. Il paziente è autonomo nella deambulazione, ma non riesce a percorrere 50 metri senza ricorrere ad aiuto, o altrimenti risulta necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
5. Qualora necessario il paziente deve essere in grado di indossare dei corsetti, allacciarli e slacciarli, assumere la posizione eretta, sedersi e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve essere in grado di adoperare stampelle, bastone o un deambulatore, e percorrere 50 m. senza aiuto o supervisione

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE *(solo se incapace di camminare)*

1. Dipendente per la locomozione in carrozzina
2. Il paziente può avanzare per proprio conto per brevi tratti, su superficie piana; riguardo tutti gli altri aspetti della locomozione in carrozzina necessita di aiuto e assistenza
3. E' indispensabile la presenza di una persona, ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
4. Il paziente riesce a spingersi per durate ragionevoli su terreni di più consueta percorrenza. E' tuttavia ancora necessario aiutarlo limitatamente agli spazi più angusti
5. Per essere giudicato autonomo il paziente deve essere capace di girare attorno agli spigoli e su stesso con la sedia a rotelle, di accostarla al tavolo, al letto, al wc ecc. Il paziente deve riuscire a percorrere almeno 50 m.

IGIENE PERSONALE

1. Il paziente non può provvedere all'igiene personale ed è dipendente in tutte le funzioni
2. L'assistenza è richiesta per tutti i punti dell'igiene personale
3. Una certa assistenza è richiesta per uno o più punti dell'igiene personale
4. Il paziente può provvedere alla sua igiene personale, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo le operazioni.
5. Il paziente può lavarsi le mani e la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un paziente maschio può usare qualsiasi genere di rasoio, inserire la lametta, o la spina del rasoio elettrico senza aiuto, così come prenderlo dal cassetto o dall'armadio. Una paziente femmina deve essere in grado di truccarsi (se si trucca abitualmente) ;non è richiesto che sappia fare la treccia o acconciarsi i capelli

ALIMENTAZIONE

1. Completamente dipendente
2. Può maneggiare una posata, solitamente un cucchiaino, ma qualcuno deve fornire assistenza durante i pasti
3. Il paziente riesce ad alimentarsi sotto supervisione. E' richiesta assistenza per operazioni quali mettere il latte e lo zucchero nel the, aggiungendo il sale ed il pepe, spalmare il burro, girando un piatto o altre attività di "messa a punto"
4. Indipendente nell'alimentazione (con il vassoio preparato). Può essere richiesta assistenza per tagliare la carne, aprire il cartone del latte, il coperchio del vaso ecc. La presenza di un'altra persona non è richiesta
5. Il paziente può alimentarsi da solo dal vassoio o dal tavolo se qualcuno mette l'alimento in modo da poter essere raggiunto. Il paziente deve poter utilizzare un dispositivo se necessario, tagliare l'alimento, usare sale e pepe se lo desidera, spalmare il burro ecc.

VALUTAZIONE COGNITIVA:

SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire

	SI	NO
1) Che giorno è oggi? (giorno, mese, anno)	0	1
2) Che giorno è della settimana?	0	1
3) Qual è il nome di questo posto?	0	1
4) Qual è il suo numero di telefono? (o indirizzo)	0	1
5) Quanti anni ha?	0	1
6) Quando è nato?	0	1
7) Chi è l'attuale Papa (o Presidente della Repubblica)?	0	1
8) Chi era il precedentemente Papa (o Presidente)?	0	1
9) Qual'era il cognome di sua madre da ragazza?	0	1
10) Faccia "20 meno 3" e ancora meno 3 fino a 2	0	1

NUMERO DI ERRORI: _____

E' consentito un errore in più in caso di istruzione inferiore

E' consentito un errore in meno in caso di istruzione superiore

0-2 errori : assenza di deterioramento	Livello di istruzione
3-4 errori : deterioramento lieve	<input type="checkbox"/> : analfabeta
5-7 errori : deterioramento medio	<input type="checkbox"/> : scuola dell'obbligo
8-10 errori : deterioramento grave	<input type="checkbox"/> : scuola superiore

VALUTAZIONE COMPORTAMENTO (GBS parziale):

CONFUSIONE

1. E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata
2. E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe
3. Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4. E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente

IRRITABILITÀ

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

IRREQUIETEZZA

1. Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2. Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano
3. Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
4. Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO:

Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Malattie Infettive	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Malattia progressiva S.N.C.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Accidenti cerebrali	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> recenti	<input type="checkbox"/> pregressi
Esiti :	<input type="checkbox"/> afasia	<input type="checkbox"/> paraparesi	<input type="checkbox"/> disfasia
	<input type="checkbox"/> emiparesi	<input type="checkbox"/> tetraparesi	<input type="checkbox"/> altro
Trauma/intervento chirurgico:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Se si	<input type="checkbox"/> frattura femore	<input type="checkbox"/> altre fratture	
	<input type="checkbox"/> protesi anca	<input type="checkbox"/> altri interventi chirurgici :	
.....			
Lesioni da decubito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

AUSILI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI

Ossigeno	<input type="checkbox"/> 6 ore/die	<input type="checkbox"/> continuato
Ventilatore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PEG/SNG	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Data _____

timbro e firma del medico _____