



Fondazione Santa Chiara Onlus

Via Paolo Gorini, 48 - 26900 Lodi

☎ Tel. 0371/403.1 - ☎ fax 0371/403448 -

RICHIESTA DI ACCESSO AL RICOVERO TEMPORANEO IN REGIME DI EXTRARECETTIVITA'

(spazio per timbro di ricevuta, data e sigla operatore)

Generalità dell'Interessato/a (soggetto per cui si chiede il ricovero)

Nome _____ Cognome _____ M F

Stato Civile _____ Cittadinanza _____ ASL Residenza _____

nato/a a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

residente a _____ (_____)

Via _____ n. _____ tel. _____ / _____

Forme di tutela: nessuna Amm. di Sostegno Curatore Tutore

Al momento della domanda il paziente si trova :

casa struttura (IDR, struttura privata...)

ospedale reparto:

Motivazione della richiesta di ricovero

Assenza del familiare di riferimento Ristrutturazione del domicilio

Assenza della badante

Periodo di ricovero concordato da _____ a _____

Medico Medicina Generale Dott. _____ Tel: _____

Persona/e di riferimento:

grado di parentela

cognome

nome

telefono



Fondazione Santa Chiara Onlus

Via Paolo Gorini, 48 – 26900 Lodi

☎ Tel. 0371/403.1 – 📠 fax 0371/403448 –

NOTE da SEGNALARE _____

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

- Che il soggetto per cui è fatta richiesta di ricovero è nato/a in data e luogo sopra riportati;
- Che il soggetto per cui è fatta richiesta di ricovero è residente nel luogo sopra riportato;

Firma del Richiedente

PRESTAZIONI COMPRESSE NELLA RETTA DI DEGENZA

1. Tutto quanto compreso nel menù e le bevande distribuite durante la permanenza in struttura
2. Il lavaggio della biancheria personale e del vestiario dell'ospite
3. L'attività di manicure
4. L'attività di pedicure conservativa
5. Il servizio di parrucchiere (shampoo, taglio e piega nelle frequenze di 40 gg, per un aumento della frequenza è previsto il pagamento della prestazione)
6. Il servizio di barbiere
7. Le attività assistenziali connesse alla cura e all'igiene della persona

PRESTAZIONI NON COMPRESSE NELLA RETTA DI DEGENZA

1. Il trasporto in autoambulanza (ad eccezione del 118) verso strutture sanitarie e non
2. Prestazioni del parrucchiere che superino la frequenza compresa nella retta
3. La fornitura di farmaci e presidi per l'incontinenza (pannoloni)

Note Integrative

1. si precisa che, in merito al punto 3 delle prestazioni non comprese, i farmaci dovranno essere forniti dal familiare a partire dal giorno del ricovero e per tutto il periodo di permanenza e che in caso di richiesta di nuovi farmaci o di sostituzione di quelli esauriti il familiare dovrà impegnarsi a chiedere al medico di medicina generale le relative prescrizioni.
2. Il familiare dovrà impegnarsi a chiedere le prescrizioni anche di esami diagnostici o strumentali che il medico della struttura in accordo con il MMG riterrà opportuno richiedere.
3. La fornitura di ausilii per l'incontinenza consegnata dall'ASL al domicilio dell'utente, dovrà essere consegnata alla struttura.

Firma dell'ospite o del contraente per accettazione



ASL Lodi



Residenze
Sanitario
Assistenziali
Accreditate

ALLEGATO B

SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICO - FUNZIONALE DI PRE - INGRESSO

Da compilarsi a cura del medico curante

N.B. DA RICOMPILARE IN CASO DI AGGRAVAMENTO

TIPOLOGIA DELLA RICHIESTA DI RICOVERO: ORDINARIO SOLLIEVO

Cognome e nome _____ sesso M F

nato/a il _____ a _____ provincia _____

Medico Curante Dott. _____ tel. _____

Data della valutazione _____ disponibile ad entrare dal _____

INDICI FUNZIONALI					
	totalmente autonomo	parzialmente autonomo	con supervisione	con aiuto	totale dipendenza
Trasferimenti letto/sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICI COGNITIVI					
	assente	lieve	moderata	grave	molto grave
Confusione/orientamento spazio temporale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vagabondaggio afinalistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinazioni (visive e/o uditive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività (verbale e/o fisica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversione ritmo sonno/veglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patologie psichiatrico - comportamentali

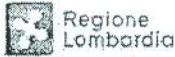
Nel caso di qualsiasi tipo di demenza deve essere allegata idonea documentazione sanitaria di struttura pubblica (unità di Valutazione Alzheimer, ambulatorio di neurologia, psichiatria, geriatria) da cui si evinca l'assenza di disturbi del comportamento o l'eventuale necessità all'inserimento nel Nucleo Alzheimer.

Diagnosi:

Valutazione sintetica della gravità del disturbo cognitivo e comportamentale

nessuna o lieve compromissione moderata compromissione grave compromissione

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA



ASL Lodi

R.S.A.
S.
L.ODI

Residenze
Sanitario
Assistenziali
Accreditate

PROFILI DI GRAVITA'			
Lesioni cutanee dal II° stadio in poi		classificazione NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)	
<input type="checkbox"/> da pressione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Sede _____
<input type="checkbox"/> vascolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Sede _____
Cadute negli ultimi sei mesi (anche senza conseguenze)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Numero delle cadute			
Ausili per il movimento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Bastone / deambulatore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Carrozzina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Gestione incontinenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Pannolone / catetere esterno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ano artificiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Stomia	<input type="checkbox"/> ureterostomia	<input type="checkbox"/> colostomia	<input type="checkbox"/> tracheotomia
Gestione diabete	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Solo dieta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Antidiabetici orali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Insulina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Alimentazione artificiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
S.N.G. (sondino naso gastrico)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
P.E.G.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
N.P.T. (nutrizione parenterale totale)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
O ₂ al bisogno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
O ₂ costante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Dialisi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Dialisi extracorporea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Allergie Farmaci	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Quali _____
Allergie Alimenti	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Quali _____
TERAPIA FARMACOLOGICA			
DIAGNOSI E CLASSIFICAZIONE SOSIA			

Data _____ Timbro e firma del medico _____

