

## SCHEMA DI INSERIMENTO

<input type="checkbox"/>	RSA
<input type="checkbox"/>	CDI
<input type="checkbox"/>	RICHIESTA INVALIDITA'

### CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

#### Informazioni anagrafiche

Nome ..... Cognome .....

C.F. ....

Nato a ..... il .. / .. / .....

Residente in ..... via/piazza ..... n° .....

Parte per il Medico curante

**Anamnesi patologica remota**  
oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)

**Malattie infettive note**  
epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse

**Situazione clinica attuale**  
patologie in atto  
condizioni invalidanti

**Dispositivi in uso**

Catetere vescicale .....	Sondino naso-gastrico .....
PEG .....	Catetere venoso centrale .....
Pace-maker .....	ICD (defibrillatore) .....
Tracheostomia .....	Stomie .....
Broncoaspirazione .....	Porth-a-cath .....
Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) .....	
Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno .....	
Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....	

**Ausili/presidi in uso**

Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori

- Lesioni da decubito
- Ferite chirurgiche in trattamento  
Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)

**Terapia in atto**

Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro)

**ALLERGIE**

Cadute negli ultimi sei mesi

Sì  No

<b>Interventi programmati</b> necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì specificare	
<b>Stato nutrizionale</b>	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi  Note	
<b>Giudizio sulla stabilità clinica</b>	<input type="checkbox"/> <b>Stabile</b>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente stabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> <b>Instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> <b>Acuzie</b>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

<b>Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo</b>	<i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</i> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <i>Si richiede visita domiciliare</i> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
--	---

data

firma

.....

.....

- RSA  
 CDI  
 RICHIESTA INVALIDITA'

## SCHEDA DI INSERIMENTO

Parte per la famiglia / caregiver

Informazioni anagrafiche	Nome ..... Cognome ..... C.F. .... Nato a ..... il .. / / Residente a ..... via/piazza ..... n° .....
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato ..... Pensione <input type="checkbox"/> SI/NO - Ente erogatore ..... Invalidità <input type="checkbox"/> SI/NO - Codice Invalidità .....
Modalità di gestione del reddito	<input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa ..... tel. ....
Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
Provenienza Domicilio; Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
Diete particolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare
Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Alcool	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
• Capacità di nutrirsi:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
• Masticazione:	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca

• Protesi dentaria:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì e la usa <input type="checkbox"/> Sì ma non la usa
Nome Cognome	
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere
Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterato
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado

Parte per la famiglia / caregiver

Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado
Nome Cognome	
Uso della sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si      autonomo nell'uso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ausili utilizzati	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Si    Specificare quali  <input type="checkbox"/> Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da <div style="text-align: right;">il    /    /</div>
Accetta la terapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Assume la terapia autonomamente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sonno - riposo	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia
Aggressività	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> Si - n° <input type="checkbox"/> No
Utilizza una contenzione	<input type="checkbox"/> Si - specificare  <input type="checkbox"/> No
Previsione di contatti con il paziente (es, n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.

data

firma

.....

.....