

Motivo della domanda

- Persona non autonoma
 Vive solo/a
 Alloggio non idoneo
 Difficoltà familiari
 Altro (specificare): _____

Urgenza inserimento

- Estrema Ordinaria Inserimento in lista di attesa

Interessato a tempo indeterminato SI NO

Interessato a tempo determinato dal: ____/____/____ al: ____/____/____

Provenienza: domicilio altra RSA Ospedale

- Se non proviene dal domicilio, specificare (Nome Istituto e località)

- Medico di riferimento: _____

Parenti, amici o altre persone riferimento

Sig./ra: _____ Tel.: _____ cell.: _____

Sig./ra: _____ Tel.: _____ cell.: _____

Se: Inabilitato Interdetto Amm.re di sostegno

Recapito del Curatore, del Tutore o dell'Amm.re di sostegno:

Sig./ra: _____ Tel.: _____ cell.: _____

Residente a: _____ Prov. (____)

Indirizzo: _____ n°: _____ CAP: _____

Stato Civile e nucleo familiare

celibe/nubile separato/a vedovo/a coniugato/a divorziato/a

n° figli: _____ di cui maschi: _____ femmine: _____

vive solo/a vive con il coniuge vive con i figli altro

Lutti familiari: _____

Situazione economica e agevolazioni assistenziali

Pensionato: SI NO

nessuna posizione

anzianità/vecchiaia

reversibilità

sociale

guerra

infortunio sul lavoro

Invalidità: _____% altro: _____

Indennità di accompagnamento: SI NO domanda in corso dal: _____/_____/_____

Esenzione dal ticket: SI n°: _____ NO

Rete sociale

Parenti conviventi (se in precedenza dichiarati): _____

Parenti non conviventi (amici – vicini di casa): _____

Storia della persona: _____

Eventi significativi nella vita: _____

Abitudini: _____

Elementi non graditi (che causano avversione e/o irritabilità nella persona): _____

Scolarità e linguaggio

analfabeta Lic. Elementare Lic. media Diploma Laurea

parla Italiano parla prevalentemente il dialetto: _____

altro: _____

Dati socio-culturali e professionali

Attività lavorative esercitate: _____

Impegno sociale (Parrocchia, volontariato, associazionismo, etc.): _____

Altri interessi (hobby, tempo libero, sport, etc.): _____

Religione: _____ praticante SI NO

Informazioni sull'autonomia della persona

La persona è capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa?

- No, non è in grado. Richiede la completa assistenza in tutte le manovre
- E' parzialmente autonoma, ma per una o più fasi del trasferimento necessita l'assistenza
- E' necessaria la presenza di una persona per dare fiducia e garantire la necessaria sicurezza
- E' completamente autonoma

La persona è capace di camminare per brevi tratti ?

- No, non è in grado
- E' parzialmente in grado, ma necessita l'assistenza di una o più persone
- E' necessaria la presenza di una persona per dare fiducia e garantire la necessaria sicurezza
- E' completamente autonoma (anche con bastone o altro ausilio)

La persona è capace di manovrare da sola la sedia a rotelle ?

- No, non è in grado
- E' parzialmente in grado, ma necessita l'assistenza di una persona
- E' necessaria la presenza di una persona per dare fiducia e garantire la necessaria sicurezza
- E' in grado

La persona è in grado di provvedere alla propria igiene ?

- No, non è in grado e richiede la totale assistenza
- E' parzialmente in grado, ma necessita l'assistenza di una o più persone
- E' necessaria la presenza di una persona per dare un minimo di assistenza
- E' in grado

La persona è in grado di alimentarsi autonomamente ?

- No, non è in grado deve essere imboccato o è nutrito per via enterale o parenterale
- E' parzialmente in grado, ma necessita l'assistenza di una persona
- E' necessaria la presenza di una persona per dare un minimo di assistenza
- E' completamente autonoma

La persona è confusa ?

- Sì
- In alcune occasioni appare chiaramente confusa
- Appare confusa ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio
- E' in grado di pensare chiaramente e ha normali contatti con l'ambiente

La persona è irritabile ?

- Sì
- Si irrita facilmente anche per atteggiamenti non provocatori
- E' sempre calma

La persona è fisicamente irrequieta ?

- Sì, è incapace di stare ferma anche per brevi periodi e cammina incessantemente
- E' irrequieta e non riesce a stare seduta, contorce le mani, gesticola e tocca gli oggetti a portata di mano
- No, non presenta nessun segno di irrequietezza motoria

Altre informazioni sociali

Autonomia nelle attività

- | | | | |
|------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| • Uso del telefono | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |
| • Fare acquisti | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |
| • Cucinare | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |
| • Pulizie ambiente | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |
| • Usare i mezzi | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |
| • Assumere farmaci | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |
| • Usare/gestire denaro | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |

Consenso del richiedente al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Indirizzo di domicilio _____

Data di nascita ____/____/____

Codice fiscale _____

ACCONSENTE al trattamento dei propri dati e dei dati sopra indicati , di carattere sanitario e non, forniti alla Don Vittorio Dattrino S.p.A., di cui in intestazione, al solo scopo dell'inserimento presso le strutture della Don Vittorio Dattrino S.p.A. Preso atto e in relazione a quanto previsto dal decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 dell'impegno che i dati personali saranno trattati secondo le finalità strettamente connesse agli obiettivi di assistenza e cura e amministrativi, dichiara quanto segue:

"Prendo atto che in relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi".

Per ricevuta ed accettazione

Data ____/____/____

Firma leggibile _____