



FONDAZIONE "CONTE DR. CARLO CARACCI - ONLUS"

Via Roma 46 - 46010 Gazzuolo (MN)

Uffici: Tel. 0376/97202

Reparti: Tel. 0376/97115

e-mail: amministrazione@fondazionecaracci.it

C.F.: 80006850202 - P.I.: 01569660200

RICHIESTA DI AMMISSIONE numero _____

DATA di presentazione della RICHIESTA di AMMISSIONE ____/____/____

Nome..... **Cognome**..... **Sesso** M F

Nato/a a **Prov.**..... **il** ____/____/____

Residente..... **Prov.**..... **Via**.....

Cittadinanza..... **ASL di residenza**

Scolarità: Nessuna Elementari Medie inferiori Medie superiori Università

Professione

Stato civile: Celibe/nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a Non dichiarato

Numero figli maschi: **Numero figlie femmine:**

Religione: Nessuna Cattolica Ebraica Musulmana Protestante Testimone di Geova
 Altra

Codice Fiscale **Tessera Sanitaria**.....

Tipo della domanda: Nuova domanda Domanda presentata in precedenza

Motivo della domanda: Dato non rilevato Ha perso l'autonomia fisica/psichica
 La famiglia non è in grado di provvedere Vive solo
 L'alloggio è inadatto Altro.....

Iniziativa della domanda: Dato non rilevato Soggetto stesso
 Familiare o affine Assistente sociale o altri servizi
 Medico Tutore Altro.....

Tipologia Assistenziale: Ricovero ordinario Ricovero temporaneo dal _____ al _____
 Ricovero di emergenza

Richiesta del posto letto: posto letto a contratto e non a contratto (entrambi) solo posto letto a contratto

Soggetto con assegno di accompagnamento: Dato non rilevato Sì
 No, domanda presentata No

Provenienza Ospite: Soggetto che accede da domicilio
 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata
 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata
 Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione
 Soggetto in dimissione da altra RSA
 Altro.....

Onere della retta: A totale carico dell'ospite
 Differenza a carico del comune
 Altro.....

Soggetto con esenzioni: Dato non rilevato Sì, indicare quali
 No

Vaccinazione COVID: Vaccinato con prima e seconda dose
 Vaccinato con terza dose
 Vaccinato con quarta dose
 Non vaccinato
 Altro.....

Persone/Parenti di riferimento in ordine di chiamata:

Ordine di chiamata	Nome e cognome	Grado di parentela	Residenza	Cell.	Tel.
1					
2					
3					

Informativa Reg.UE 16/679: I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione della lista di attesa e dell'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia non potremo dar corso al servizio. Titolare del trattamento è il Presidente della Struttura cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc.

Per i dati necessari e sufficienti, è possibile, in taluni casi doveroso, che ne sia data comunicazione a:

- ATS, assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative;
- organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
- altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi.

Consenso: Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

FIRMA

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale			
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato	<input type="checkbox"/> grave	
Comprensione ordini semplici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati	<input type="checkbox"/> gravi	
Specificare			

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE


Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Supporto familiare /caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Con quali risultati?	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

Struttura inviante

In fede

.....


.....
 (timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....