



FONDAZIONE "CONTE DR. CARLO CARACCI" ETS

Via Roma 46 - 46010 Gazzuolo (MN)

Uffici: Tel. 0376/97202

Reparti: Tel. 0376/97115

c-mail: amministrazione@fondazionecaracci.it

CF. 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:

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 ☐ Si, 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 art.13 Reg.UE 16/679 (GDPR): 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 (art.15-22 GDPR) di accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc. Senza formalità potrà anche rivolgersi al Resp. Protezione dati (RPD) al seguente indirizzo: maide.amadori@studioaaa.it

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



AZIENDA
SANITARIA
LOCALE
DELLA PROVINCIA
DI MANTOVA

SCHEMA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

- ☐ in Riab. SPECIALISTICA
☐ in Riab. MANTENIMENTO
☐ in Riab. GENERALE / GERIATRICA

- ☐ in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie
☐ a Domicilio

Cognome e Nome paziente	
nato/a	il
Comune di residenza	
Indirizzo	
CODICE FISCALE.....	

Sintesi diagnostica	→	
Evento indice e data insorgenza	→	
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	→	
Terapia in atto	→	

Disfagia Si ☐ No ☐ **Afasia/disartria** Si ☐ No ☐

Nutrizione ☐ per os ☐ Sondino n-g ☐ PEG ☐ Parenterale

Respirazione ☐ normale ☐ Ossigeno ☐ Ventilazione meccanica ☐ con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali Si ☐ No ☐

Presenza deficit sensoriali ☐ Visivi ☐ Uditivi

Portatore di:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Pace Maker | ☐ Catetere perdurale | ☐ Catetere venoso centrale | ☐ Pompa elastomerica |
| ☐ Tracheostomia | ☐ Urostomia | ☐ Colostomia | ☐ Catetere vescicale |
| ☐ Protesi | ☐ Ortesi | Quali:..... | |

Presenza Piaghe da decubito Si ☐ No ☐

Altre lesioni: Si ☐ No ☐

Eventuali sedi

Segue →

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

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

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

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	☐ Idonea	☐ Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	☐ Si	☐ No	
Supporto familiare /caregiver	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	☐ Si	☐ No	
Con quali risultati?	☐ Positivo	☐ Parziale	☐ Nullo

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente

Struttura inviante

In fede

.....
☎.....

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

Luogo e data,.....