



# COMUNE DI CALUSCO D'ADDA

Provincia di Bergamo

## Settore Sociale

### Servizi Sociali e Servizio Pubblica Istruzione

Piazza S.Fedele n.1 – 24033 Calusco d'Adda (Bg)

Tel. 0354389054 Fax 0354389076

e-mail [servizisociali@comune.caluscodadda.bg.it](mailto:servizisociali@comune.caluscodadda.bg.it)

P.Iva 00229710165

## Domanda di inserimento per ricoveri temporanei

## Ambito Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino

Ufficio di Piano per la gestione coordinata ed associata di funzioni Socio-Assistenziali

**Bonate Sotto, Via Garibaldi 15 - tel. e fax 0354991278**

Il sottoscritto .....

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

Residente a .....

in Via .....

Tel. .... Attualmente domiciliato a .....

In Via ..... Tel. ....

### CHIEDE

di essere inserito temporaneamente in CASA di RIPOSO

Periodo Richiesto dal..... al.....

### TIPOLOGIA DEL RICOVERO:

SOLLIEVO

GRAVE DEMENZA

PRONTO INTERVENTO

A tal fine esprime la seguente preferenza per la struttura di:

PONTE S. P.

VILLA D'A.

BREMBATE SP.

CAPRIATE S. G.

Periodo e strutture indicati potranno variare in base alla disponibilità dei posti letto, previo accordo con le parti interessate

p.IL COMUNE

L'INTERESSATO

IL FAMILIARE

.....

.....

.....

# Spazio riservato all'Ufficio di Piano

## ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA

### TIPOLOGIA DEL RICOVERO

SOLLIEVO

GRAVE DEMENZA

PRONTO INTERVENTO

### Domanda inoltrata a:

PONTE S. PIETRO

VILLA D'ADDA

BREMBATE SP.

CAPRIATE S. GERVASIO

Referente \_\_\_\_\_

### DOMANDA DI INSERIMENTO PER RICOVERI TEMPORANEI

Nome e cognome utente .....

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

Residente a ..... In Via .....

Tel. ....

Data di ingresso.....

Data di dimissione .....

Data

.....

L'Operatore incaricato

.....

# SCHEDA DESCRITTIVA GENERALE

(Si prega di compilare la seguente scheda in stampatello)

Data di presentazione della domanda .....Luogo.....

Assistente sociale .....Servizio di appartenenza.....

Operatore che ha inoltrato la domanda.....

## DATI ANAGRAFICI

Nome e cognome.....

Data e luogo di nascita .....

Comune di residenza ..... Prov. .... C.A.P. ....

Indirizzo .....

Tel. ....

Domicilio abituale .....

Stato civile .....

Attività lavorativa svolta .....

Codice fiscale .....

Medico di medicina generale .....

Telefono.....

Indirizzo .....

Tessera sanitaria .....

Es. ticket .....

## Persone di riferimento:

| NOME | COGNOME | PARENTELA | INDIRIZZO | TELEFONO |
|------|---------|-----------|-----------|----------|
|      |         |           |           |          |
|      |         |           |           |          |
|      |         |           |           |          |

N° figli .....

## CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

### CON CHI VIVE:

- Solo  Con altre persone .....
- .....
- .....

### LOCALIZZAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:

- Stesso alloggio  Stesso stabile  Stesso comune
- Fuori comune (specificare località) .....

### SITUAZIONE ECONOMICA (tipo di pensione):

- Pensione  Indennità di accompagnamento
- Pensione di invalidità

### SITUAZIONE ABITATIVA:

- Localizzazione:  Centrale  Isolato
- Tipo di alloggio:  di proprietà  in usufrutto  in affitto
- Servizi igienici  Interni  Esterni
- idonei  non idonei
- Camera propria:  Sì  No
- Riscaldamento:  Assente  termosifone  Stufa
- Barriere architettoniche:  No  Sì  Interne
- Esterne
- Idoneità dell'alloggio:  Sì  No

### DOMICILIO ATTUALE:

- Al proprio domicilio  In altra struttura
- Presso parenti  Altro
- In ospedale

Fornire eventuali precisazioni in merito alla voce considerata.....

.....

.....

Tempo che trascorre da solo: .....

.....



# SCHEDA SANITARIA

**Da compilare da parte del medico curante**  
(Si prega di compilare la seguente scheda in stampatello)

Sig./ra .....

Luogo e data di nascita.....

Residente a.....Via.....Tel.....

Peso.....Altezza.....

## ANAMNESI

.....  
.....  
.....

Ricoveri ospedalieri recenti .....

.....

Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?

No                     Si (remoti)             Si (recenti)

## SITUAZIONE CLINICA ATTUALE

.....  
.....  
.....

## VALUTAZIONE DI AUTOSUFFICIENZA

Totale                     Parziale                     Nulla

## Condizioni cognitive/comportamentali

- lucide
- fasi di confusione e di disorientamento
- persistente disorientamento nello spazio temporale
- fase di agitazione psicomotoria
- inversione del ritmo sonno/veglia

## Reattività emotiva

- collaborante
- estraniato/a dal mondo circostante
- depressione
- stato ansioso
- agitazione con spunti aggressivi

**Compenso cardio-circolatorio e circolatorio**

- soddisfacente
- in equilibrio farmacologico
- scompensato

**Alimentazione**

- autonoma
- con piccolo aiuto
- con necessità di imboccamento
- alimentazione artificiale (PEG)

**Stato metabolico – nutrizionale**

- soddisfacente
- in equilibrio farmacologico
- scompensato
- carente apporto nutrizionale

.....

**Incontinenza**

**Urinaria**

- assente
- occasionale
- abituale
- catetere a permanenza

**Fecale**

- assente
- occasionale
- abituale

**Deambulazione**

- cammina da solo/a
- cammina con l'aiuto di.....
- si sposta in carrozzella       da solo/a       con aiuto
- allettato: specificare da quanto tempo.....
- motivo della ridotta motilità.....

**Piaghe da decubito (specificare la sede)**

- assenti
- iniziali
- gravi
- multiple

**Ha malattie infettive in atto?**

- Sì
- No

Se sì, quali.....

**Abusa di sostanze alcoliche?**

- No, mai
- Sì, in passato
- Sì, attualmente

**Richiede trattamento riabilitativo?**

Si

No

Specificare.....

.....

.....

**Attualmente la persona si trova:**

presso l'ospedale di.....

presso il familiare.....

a casa propria assistita da.....

a casa propria da sola.....

.....

**Terapia in atto:**

.....

.....

.....

.....

**DATA**

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO**

.....

.....

Si chiede cortesemente di allegare alla presente scheda sanitaria gli ultimi esami ematochimici e indagini strumentali oltre ad eventuali documentazioni cliniche relative alla patologia di cui l'anziano è affetto, per permettere una migliore assistenza per il periodo di permanenza del suo assistito presso la RSA.

Si precisa inoltre che alla dimissione dell'anziano verrà trasmessa la relazione sanitaria compilata dal medico della RSA.

**L'ente si riserva la facoltà di dimettere l'ospite qualora i certificati medici prodotti a corredo della domanda o la scheda sanitaria abbiano taciuto l'esistenza di rilevanti malattie o imperfezioni dello stesso.**