

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO PRESSO LE RESIDENZE "GREEN PARK"

Strada Circonvallazione Sud, n° 21 – Mantova (MN)

Tel. 0376/159081 www.greenparkmantova.it residenze@greenparkmantova.it

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente a _____ (____) in Via _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cittadinanza _____ Numero tessera sanitaria _____

CHIEDE

Di essere accolto in questa Residenza nell'unità di offerta

RSA ACCREDITATA A CONTRATTO NUCLEO ALZHEIMER

RSA ACCREDITATA NON A CONTRATTO NUCLEO STATI VEGETATIVI

RSA ACCREDITATA NON A CONTRATTO
"COMFORT" NUCLEO MALATTIE DEL MOTONEURONE

NUCLEO VENTILAZIONE MECCANICA

NUCLEO POST-ACUTI

(L'Ente di riserva un periodo di 60 giorni per valutare l'adeguatezza del ricovero. In caso di esito negativo l'Ospite verrà dimesso.)

INOLTRE

Esprime il consenso al trattamento, all'archiviazione e alla raccolta dei propri dati qualificati come personali, con particolare riguardo a quelli c.d. "sensibili", al fine di permettere la valutazione da parte del medico e l'inserimento in lista d'attesa.
(ART. 13 DEL REGOLAMENTO N. 2016/679/UE E NORMATIVA PRIVACY NAZIONALE VIGENTE)

Questa domanda è presentata da _____

in qualità di _____ Recapito telefonico _____

Data _____ Firma _____

Domanda del _____	Progressivo _____
Valutata in data _____	Esito _____
Tipo di servizio _____	
Timbro e firma _____	

SITUAZIONE SOCIO-AMBIENTALE

Abitazione	<input type="radio"/> Idonea	<input type="radio"/> Presenza barriere architettoniche
Vive solo	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Supporto familiare/caregiver	<input type="radio"/> Presente	<input type="radio"/> Parziale <input type="radio"/> Assente
Storia familiare	<input type="radio"/> Celibe/Nubile <input type="radio"/> Coniugato/a	<input type="radio"/> Separato/a <input type="radio"/> Vedovo/a <input type="radio"/> Divorziato/a <input type="radio"/> Figli (N. _____)
Protezione Giuridica	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si →	<input type="radio"/> Amministratore di sostegno <input type="radio"/> Tutore Nominativo _____ Recapito telefonico _____
Titolare di pensione	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Anzianità	<input type="radio"/> Sociale <input type="radio"/> Altro _____
Invalidità Civile	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si → Percentuale _____
Indennità di accompagnamento	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si

SCHEDA SANITARIA

(Compilazione a cura del medico curante)

<u>PROVENIENZA</u>

- Proprio domicilio
- Proprio domicilio con attivazione ADI
- Ospedale _____
- Altro _____

NOTIZIE CLINICO / ANAMNESTICHE

- Diagnosi della Malattia del Motoneurone
- Diagnosi Alzheimer
- Evento Acuto (per Stati Vegetativi)

<u>DATA</u>



Residenze "GREEN PARK"

COMORBILITÀ					
Patologie Cardiache: (solo cuore)	1	2	3	4	5
Iperensione: (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	1	2	3	4	5
Patologie vascolari: (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
Patologie respiratorie: (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1	2	3	4	5
O.O.N.G.L.: (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5
Apparato G.I. Superiore: (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1	2	3	4	5
Apparato G.I. Inferiore: (intestino, ernie)	1	2	3	4	5
Patologie epatiche: (solo fegato)	1	2	3	4	5
Patologie renali: (solo rene)	1	2	3	4	5
Altre patologie genito- urinarie: (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1	2	3	4	5
Sistema muscolo scheletrico-cute: (muscoli, scheletro, tegumenti)	1	2	3	4	5
Sistema nervoso centrale e periferico: (non include la demenza)	1	2	3	4	5
Patologie endocrine-metaboliche: (include diabete, infezioni, stati tossici)	1	2	3	4	5
Patologie psichico-compportamentali: (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5
LEGENDA: 1 ASSENTE = 0 2 LIEVE = 0 3 MODERATO = 1 4 GRAVE = 2 5 MOLTO GRAVE = 3					

TERAPIE IN ATTO

ALLERGIE NOTE (FARMACI/ALTRO)

AUTONOMIE	INDIPENDENTE ①	PARZIALMENTE DIPENDENTE ②	TOTALMENTE DIPENDENTE ③
BAGNO/DOCCIA (LAVARSI)			
IGIENE PERSONALE			
ABBIGLIAMENTO			
CONTINENZA INTESTINALE			
CONTINENZA URINARIA			
USO DEL GABINETTO			

Residenze "GREEN PARK"

MOBILITÀ	INDIPENDENTE ①	PARZIALMENTE DIPENDENTE ②	TOTALMENTE DIPENDENTE ③
TRASFERIMENTO LETTO/CARROZZINA			
DEAMBULAZIONE			
SCALE			
USO DELLA CARROZZINA			

ALIMENTAZIONE

DISFAGIA	① NO	② SI → <input type="radio"/> PEG <input type="radio"/> SONDINO <input type="radio"/> NUTRIZIONE PARENT.
----------	------	---

PROFILI DI GRAVITÀ

LESIONI DA DECUBITO	① NO	② SI SEDI _____ _____
CONTENZIONE FISICA PERMANENTE	① NO	② SI QUALI IN USO _____ _____

FUNZIONI SENSORIALI

VISTA	① NORMALE	② IPOVISUS	③ CECITÀ	
UDITO	① NORMALE	② IPOACUSIA	③ SORDITÀ	
LINGUAGGIO	① NORMALE	② DISARTRICO	③ AFASICO	④ MUTACICO

COMPORTEMENTO

DETERIORAMENTO COGNITIVO	① NO	② LIEVE	③ MODERATO	④ GRAVE
ORIENTAMENTO SPAZIO/TEMPORALE	① COMPLETO	② IN AMBIENTI LIMITATI	③ COMPLETAMENTE DISORIENTATO	
IRRITABILITÀ	① NO/ TALVOLTA	② RARAMENTE	③ FREQUENTEMENTE	④ SPESSO
IRREQUIETEZZA	① NO/ TALVOLTA	② RARAMENTE	③ FREQUENTEMENTE	④ SPESSO
AGITAZIONE PSICOMOTORIA	① NO	② SI SENZA WANDERING	③ SI CON WANDERING	
DEPRESSIONE	① NO	② SI		
ANSIA	① NO	② SI		
TENTATIVI DI SUICIDIO	① NO	② SI		
ETILISMO	① NO	② SI		
TABAGISMO	① NO	② SI		

GESTIONE DIABETE	① NO	② SI → <input type="radio"/> SOLO DIETA <input type="radio"/> ANTIDIABETICI <input type="radio"/> INSULINA
DIALISI	① NO	② SI → <input type="radio"/> DIALISI PERITONEALE <input type="radio"/> DIALISI EXTRACORP.

IL PAZIENTE È ESENTE DA MALATTIE CONTAGIOSE E/O MENTALI TALI DA CONTROINDICARNE LA VITA IN COMUNITÀ.

Data _____

Timbro e firma del Medico _____