



## DOMANDA DI RICOVERO

Data: \_\_\_\_\_

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Eventuale soprannome \_\_\_\_\_

Se donna, cognome da sposata \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Figli  SI  NO se si, quanti? \_\_\_\_\_ di sesso M n. \_\_\_\_\_ F n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico curante dr. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice assistito CRS \_\_\_\_\_

Invaldit   SI percentuale \_\_\_\_\_  NO IN CORSO

Indennit  di accompagnamento  SI  NO IN CORSO

Provenienza ospite  Abitazione  Ospedale  Altra struttura

Servizi di supporto al domicilio  ADI  SAD  RSA APERTA  Pasti comunali

Nessuno  Altro \_\_\_\_\_

Professione prima della pensione \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Situazione pensionistica

- Nessuna pensione
- Anzianit  /vecchiaia
- Sociale
- Tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)
- Reversibilit 
- Invalidit 

**CONSORZIO ZENIT SOCIALE - Societ  Cooperativa Sociale**

Sede Legale e Operativa: Via Colombo, 63 - 43122 Parma - tel. 0521.600611 - fax. 0521.606260 - Pec: zenitsociale@legalmil.it

P.IVA e C.R. n  02719390342 - Iscrizione R.E.A. di Parma N. 261655 - Iscritta all'Albo delle societ  cooperative - sezione cooperative a mutualit  prevalente - categoria cooperative sociali al n. C100455

# ZENIT SOCIALE



E' presente un tutore o un amministratore di sostegno?

SI

NO

Se si, chi? \_\_\_\_\_

Se si allegare documentazione del tribunale.

Persona di riferimento

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Persona di riferimento

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

## DOCUMENTI DA PRESENTARE AL MOMENTO DELLA COSEGNA DELLA DOMANDA:

- Fotocopia carta d'identità
- Fotocopia carta regionale dei servizi del futuro ospite
- Fotocopia della certificazione da cui risulta lo stato di invalidità

## DOCUMENTI DA PRESENTARE ALL'INGRESSO:

- Carta d'identità e codice fiscale del coobbligato che stipulerà il contratto con l'ospite
- Carta d'identità e codice fiscale del tutore/amministratore di sostegno, se presente
- Originale CRS e tesserini di esenzione
- Nomina del tutore/amministratore di sostegno, se presente
- Ultimi esami diagnostici
- Elenco terapia in uso
- Ultima dimissione di ricovero, se presente

**CONSORZIO ZENIT SOCIALE - Società Cooperativa Sociale**

Sede Legale e Operativa: Via Colomo, 63 - 43122 Parma - tel. 0521.600611 - fax. 0521.606260 - Pec: zenitsociale@legdmall.it

R.1121 e C.R. n° 02719390342 - Iscrizione R.E.A. di Parma N. 261655 - Iscritta all'Albo delle società cooperative - sezione cooperative a mutualità prevalente - categoria cooperative sociali al n. C100455



**SCHEDA DI INSERIMENTO**

- RSA  
 CDI  
 RICHIESTA INVALIDITA'

**CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

Parte per il Medico curante

<b>Informazioni anagrafiche</b>																	
Nome _____	Cognome _____																
C.F. _____																	
Nato a _____ il ____ / ____ / ____																	
Residente _____ via/piazza _____ n° _____																	
Anamnesi patologica remota <i>oltre alle comuni informazioni relative a patologia pregressa, specificare eventuali aspetti psicologici ed comportamentali non che hanno richiesto terapia specifica (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)</i>																	
Malattie infettive note <i>epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse</i>																	
Situazione clinica attuale <i>patologia in atto condizioni invalidanti</i>																	
Dispositivi in uso	<table border="0"> <tr> <td>Cateteri vescicale .....</td> <td>Sondino naso-gastrico .....</td> </tr> <tr> <td>PEG .....</td> <td>Cateteri venoso centrale .....</td> </tr> <tr> <td>Pacemaker .....</td> <td>ICD (defibrillatore) .....</td> </tr> <tr> <td>Trocheostomia .....</td> <td>Stoma .....</td> </tr> <tr> <td>Broncoaspirazione .....</td> <td>Porti-a-cath .....</td> </tr> <tr> <td>Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroter; altro) .....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno .....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilatore per insuff. respiratoria gravi .....</td> <td></td> </tr> </table>	Cateteri vescicale .....	Sondino naso-gastrico .....	PEG .....	Cateteri venoso centrale .....	Pacemaker .....	ICD (defibrillatore) .....	Trocheostomia .....	Stoma .....	Broncoaspirazione .....	Porti-a-cath .....	Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroter; altro) .....		Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno .....		Ventilatore per insuff. respiratoria gravi .....	
Cateteri vescicale .....	Sondino naso-gastrico .....																
PEG .....	Cateteri venoso centrale .....																
Pacemaker .....	ICD (defibrillatore) .....																
Trocheostomia .....	Stoma .....																
Broncoaspirazione .....	Porti-a-cath .....																
Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroter; altro) .....																	
Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno .....																	
Ventilatore per insuff. respiratoria gravi .....																	
Ausili/presidi in uso <i>Carozzina, letto ortopedico, materasso antidecubito, tutori</i>																	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesioni da decubito</li> <li>Ferite chirurgiche in trattamento</li> </ul> <i>Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (infermiere, familiare, altro)</i>																	
<b>Terapia in atto</b> <i>Oltre ai farmaci farmacologici, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci non oppiacei), diete particolari (per insufficienza renale; cefalea; altro)</i> <b>ALLERGIE</b>																	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No																

<b>Interventi programmati</b> necessità di valutazioni accertamenti strumentali periodiche, es. visita specialistica, ecografia o altre indagini strumentali, esami, chemioterapia, emoferesi.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì specificare ..... ..... .....										
<b>Stato nutrizionale</b>	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi  Note _____ _____ _____										
<b>Giudizio sulla stabilità clinica</b>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="705 651 890 703"><input type="checkbox"/> <i>Stabile</i></td> <td data-bbox="890 651 1313 703">nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a intervalli &gt; 60 gg.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="705 703 890 741"><input type="checkbox"/> <i>Moderatamente stabile</i></td> <td data-bbox="890 703 1313 741">con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni</td> </tr> <tr> <td data-bbox="705 741 890 792"><input type="checkbox"/> <i>Moderatamente instabile</i></td> <td data-bbox="890 741 1313 792">con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana</td> </tr> <tr> <td data-bbox="705 792 890 831"><input type="checkbox"/> <i>Instabile</i></td> <td data-bbox="890 792 1313 831">con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano</td> </tr> <tr> <td data-bbox="705 831 890 864"><input type="checkbox"/> <i>Acuta</i></td> <td data-bbox="890 831 1313 864">con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <i>Stabile</i>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a intervalli > 60 gg.	<input type="checkbox"/> <i>Moderatamente stabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni	<input type="checkbox"/> <i>Moderatamente instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/> <i>Instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano	<input type="checkbox"/> <i>Acuta</i>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani
<input type="checkbox"/> <i>Stabile</i>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a intervalli > 60 gg.										
<input type="checkbox"/> <i>Moderatamente stabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni										
<input type="checkbox"/> <i>Moderatamente instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana										
<input type="checkbox"/> <i>Instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano										
<input type="checkbox"/> <i>Acuta</i>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani										

<b>Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo</b>	Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Si richiede visita domiciliare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
--	---

data

firma

.....

.....



### SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA  
 CDI  
 RICHIESTA INVALIDITA'

Parte per la famiglia / caregiver

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ C.F. _____ Nato a _____ il ___/___/___ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI NO Ente erogatore _____ Invalidità SI NO Codice Invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	<input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro
Persona/familiare di riferimento <small>Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)</small>	
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa _____ tel. _____
Servizi di supporto in atto <small>assistenza domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro d'urno, ecc.</small>	
Provenienza <small>Domicilio; Ospedale; Istituto di Riabilitazione, RSA, altro</small>	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Minial.	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) <small>Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)</small>	
Diete particolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____
Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Alcool	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Interessi attuali <small>lettura, TV, contatti con amici/parenti, attività manuali</small>	
• Capacità di nutrirsi:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
• Masticazione:	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca
• Protesi dentaria:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si e la usa <input type="checkbox"/> Si ma non la usa

Parte per la famiglia / caregiver

Nome _____	
Cognome _____	
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere
Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterato
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado

Parte per la famiglia / caregiver

Nome _____	
Cognome _____	
Uso della sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si      autonomo nell'uso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ausili utilizzati	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Si    Specificare quali _____ _____ <input type="checkbox"/> Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____ il ____/____/____
Accetta la terapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Assume la terapia autonomamente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sonno - riposo	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia
Aggressività	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> Si - n° _____ <input type="checkbox"/> No
Utilizza una contenzione	<input type="checkbox"/> Si - specificare _____ _____ <input type="checkbox"/> No
Previsione di contatti con il paziente (es, n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.

data

firma

.....

.....