

ISTANZA DI AMMISSIONE

(da compilarsi a cura del medico curante/ospedaliero barrando le caselle corrispondenti)

A) SITUAZIONE ANAGRAFICA E SOCIALE

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a: _____ il: ____ / ____ / ____

Residenza: _____

Stato civile: coniugato/a celibe/nubile vedovo/a

Vive con: coniuge/convivente figli/parenti solo/a

altro _____

Persona di riferimento: _____

parente conoscente assist. sociale

Recapito telefonico _____

Attualmente Sig./ra si trova: a casa in ospedale altra RSA

B) CONDIZIONI CLINICHE

Anamnesi patologica remota:

Patologia in atto:

Condizioni cliniche attuali:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> STABILI | <input type="checkbox"/> con monitoraggio infermieristico medico e strumentale < di una volta /settimana |
| <input type="checkbox"/> MODERATAMENTE STABILI | <input type="checkbox"/> con monitoraggio programmabile una o più volte/settimana |
| <input type="checkbox"/> INSTABILI | <input type="checkbox"/> con monitoraggio quotidiano |

PREGRESSA TBC sì no

Il Sig./ra è affetto/a da malattie contagiose : sì no

Pertanto può vivere in comunità: sì no

C) CONDIZIONI SPECIFICHE

Stato mentale:

- completamente confuso
- chiaramente confuso, non si comporta come dovrebbe
- incerto e dubbioso, ma orientato nel tempo e nello spazio
- completamente lucido

Stato relazionale:

- qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- uno stimolo esterno normale provoca irritabilità
- saltuariamente presenta segni di irritabilità
- calmo e non irritabile

Stato comportamentale:

- cammina incessantemente, incapace di stare fermo
- chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si alza durante la conversazione
- saltuariamente è irrequieto, si agita durante la conversazione, muove le mani e i piedi, tocca vari oggetti
- non presenta segni di irrequietezza, è tranquillo

Stato nutrizionale:

- adeguato
- malnutrizione
- obesità

Dieta:

- Libera
- per diabetici
- per nefropatici

altro: _____

Deglutizione:

- regolare
- disfagia
- per liquidi
- per solidi

Vista:

- normale
- ipovisus (OD - OS)
- cecità (OD - OS)

Udito:

- normale
- ipoacusia dx sx
- cofosi dx sx

Linguaggio:

- normale disartria afasia

Incontinenza:

- no no, ma difficoltà a raggiungere wc
- si solo urine solo feci completa

usa: pannolone catetere vescicale

Stazione eretta:

- buona
- incerta
- con ausilio (specificare quale) _____
- impossibile

Equilibrio:

- stabile
- instabile

Rischio di cadute:

- no si

D) CAPACITÀ FUNZIONALI

Trasferimenti letto < - > sedia:

- necessarie due persone per il trasferimento dell'ospite
- l'ospite collabora, ma è necessaria una persona
- per una o più fasi del trasferimento è necessaria una persona
- occorre una persona per garantire sicurezza ed infondere fiducia
- l'ospite è autonomo durante iltrasferimento

Deambulazione:

- dipendenza totale rispetto alla deambulazione
- necessita la presenza di una o più persone per la deambulazione
- necessaria una persona per raggiungere e manovrare gli ausili
- deambulazione autonoma, ma necessita di supervisione, non percorre 50 metri senza bisogno di aiuto
- autonomo nella deambulazione, usa stampelle, bastone, ecc., percorre 50 metri senza aiuto

Locomozione su sedia a rotelle:

- ospite in carrozzina, dipendente per la locomozione
- ospite in carrozzina, può avanzare da solo per brevi tratti
- indispensabile la presenza di una persona per accostarsi al tavolo, al letto, ecc..
- si spinge da solo per brevi tratti, necessaria l'assistenza per tratti difficili
- autonomia per la locomozione, percorre più di 50 metri

Igiene personale:

- completamente dipendente
- necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- necessaria l'assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- necessaria minima assistenza prima e/o dopo l'igiene personale
- completamente indipendente

Alimentazione:

- totalmente dipendente, va imboccato
- necessita assistenza attiva
- necessarie supervisione e assistenza nei gesti più complicati
- necessaria assistenza solo in operazioni complicate (tagliare la carne, aprire le confezioni, ecc...)
- totalmente indipendente

In caso di frattura recente: tipo di frattura: _____ trattamento: _____

rimozione gesso: _____ concessione al carico: _____

Necessita di FKT:

- no si

Piaghe da decubito:

- si multiple: no si

Staging:

- superficiale
- limitata al sottocute
- profonda (necrosi-ulcerazionemuscolo/periostio)

Ricoveri per patologia psichiatrica:

no si

T.S.: no si

Grado di collaborazione: collaborante
 poco collaborante
 assenza di collaborazione

E) TERAPIE

Terapie mediche in atto _____

Medicazioni in atto: no si

sede: _____ tipo: _____
 _____ frequenza: _____

Terapie particolari in corso o programmate: no si

Nutrizione parenterale totale Chemioterapia
 Nutrizione enterale Radioterapia
 Ossigenoterapia Dialisi
 Broncoaspirazione altro: _____

Allergie a farmaci e/o alimenti: no si _____

Portatore di pace-maker: no si impiantato il: ___/___/___

Firma e timbro del medico curante:

Data ___/___/___ _____

Il paziente è informato che ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n° 196, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, i dati da lui stesso forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività della Fondazione Ceppi di Bairols.

Per accettazione:

tutore
 amministratore di sostegno
 paziente

Firma
