



DOMANDA D'AMMISSIONE ALLA CASA RESIDENZA ANZIANI "LA MADONNINA"

Il Sottoscritto (Parente _____):

Cognome nome _____

nato/a _____ Prov _____ il _____

residente _____ in via _____

tel _____

CHIEDE L'AMMISSIONE IN STRUTTURA DEL PROPRIO CONGIUNTO

Dati anagrafici dell'anziano

Cognome e nome _____

nato/a _____ Prov _____ il _____

residente _____

in via _____

coniugato/a celibe/nubile convivente separato/divorziato vedovo/a

figli n.° _____ viventi _____ M _____ F _____

sorelle _____ fratelli _____

ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO: SI NO IN CORSO _____

INVALIDITA' NO SI PERCENTUALE _____

PENSIONE PERCEPITA € _____ ALTRI REDDITI _____

Motivo della domanda:

- Persona non autonoma
- Vive solo
- Vive in un alloggio non idoneo
- La famiglia non può provvedere
- Altro(specificare) _____

Urgenza del soggiorno:

- Estrema
- Inserimento in lista di attesa

Tipologia di assistenza:

- Soggiorno definitivo/ tempo indeterminato
- Soggiorno di sollievo (minimo tre mesi) dal _____
- Centro Diurno

Provenienza

- Propria abitazione con badante con Assistenza domiciliare solo con famiglia
- Ospedale di _____ dal _____
- Istituto di riabilitazione di _____ dal _____
- Altra Struttura _____ dal _____

Ha presentato domande in altre Strutture? no SI quali _____

Domanda per convenzionamento già presentata No Si

Data _____ AS _____

Medico curante _____

SCHEDA DELL'ANZIANO

Condizioni generali: Buone Discrete Compromesse Gravi

Stato mentale: Lucido Apatico Confuso Soporoso

Stato Sensorio: integro Cecità Sordità Ipovisus Ipoacusia

Comunicazione: Afasia Comprensibile Non comprensibile

Atteggiamento auto/etero aggressivo: Si No Saltuario

Perdita di memoria: No Si Parziale

Disorientamento temporale: No Si Parziale

Disorientamento spaziale: No Si Parziale

Aggressività: No Si (verbale fisica)

Tendenza isolamento: No Si

Deliri /allucinazioni: No Si saltuarie pregresse

Vocalizzazione persistente: No Si Saltuaria

Tono dell'umore: normale depresso altalenante ansioso

Disturbi del comportamento: wandering affaccendamento tendenza alla fuga disinibizione sessuale
 irrequietezza patologia psichiatrica

SAN PIO

Società Cooperativa Sociale

Ritmo sonno veglia: normale insonnia ipnoinducenti ipersonnia inversione ritmo sonno-veglia

Spondine: Si No una

Deambulazione: Normale Con aiuto Allettato con ausili _____

Ausili: _____ **forniti da USL** si no

Rischio caduta: No Si

Incontinenza: Doppia Occasionale Continente

Decubiti: No Si Localizzazione:

Igiene: Da solo Con aiuto Dipendenza totale

Vestizione: Da solo Con aiuto Dipendenza totale

Alimentazione: Autonoma Con aiuto Dipendenza totale

enterale con : sondino naso gastrico PEG
 Denti propri Protesi Edentulo
 Obesità Anorresia Kg _____

Idratazione Da solo Con aiuto Con supporto venoso

Dieta: solida semisolida Liquida Disfagia _____ -

Diabete : No Si terapia _____

Diete speciali: _____

Altre condizioni di non autosufficienza:

Catetere vescicale Si No

Necessità di ossigeno Si ore giorno _____ NO

Paralisi _____

ABITUDINI: Fumatore NO SI **Quante sigarette al giorno ?** _____ abuso alcolico

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI:

PROBLEMI CLINICI PREVALENTI

TERAPIA FARMACOLOGICA ATTUALE

RIABILITAZIONE:

- non necessaria
- necessita di fisioterapia - quali interventi? _____

Nucleo dove potrebbe essere inserito _____

Annotazioni e
comunicazioni/referenze _____

Firma compilatore _____

Data _____