





## Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto:

- Necessità di ingresso - urgente - breve termine - lungo termine

## Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso nella RSA:

1. fotocopia della Carta di identità
2. fotocopia del Codice fiscale
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda sanitaria allegata

Data \_\_\_\_\_

Firma del sottoscrittore

\_\_\_\_\_

## Informativa e consenso al trattamento dei miei dati personali

In base a quanto disposto nell'art.13 del D.Lgs. n° 196/'03, sono informato circa il trattamento dei miei dati personali, ed in particolare che:

- a) la finalità del trattamento è la valutazione per l'inserimento in RSA i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;
- b) il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- c) i dati raccolti verranno comunicati unicamente all'ASL ed esclusivamente per la finalità di rendicontazione;
- d) potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/'03
- e) Il titolare del trattamento è la R.S.A. sopra indicata.

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

# MODELLO DI SCHEDA SANITARIA

## RELAZIONE ASSISTENZIALE

*(da compilarsi da parte di chi assiste la persona)*

Nome dell'assistito \_\_\_\_\_

### TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico.
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona.
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento.
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia.
- E' indipendente.

### DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione.
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione.
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili.
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto.
- Cammina senza aiuto.

### LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione.
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano.
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi.
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri.

## **IGIENE PERSONALE**

- ❑ Incapace di attendere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti.
- ❑ Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale.
- ❑ Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale.
- ❑ E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire.
- ❑ È capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi.

## **ALIMENTAZIONE**

- ❑ Deve essere imboccato.
- ❑ Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- ❑ Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.
- ❑ Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile.
- ❑ Totale indipendenza nel mangiare.

## **CONFUSIONE**

- ❑ È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive.
- ❑ È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe.
- ❑ Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo.
- ❑ È in grado di pensare chiaramente.

## **IRRITABILITA'**

- ❑ Qualsiasi contatto è causa di irritabilità.
- ❑ Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- ❑ Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- ❑ Non mostra segni di irritabilità, è calmo.

## IRREQUIETEZZA

- ❑ Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi.
- ❑ Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione.
- ❑ Mostra ogni tanto segni di irrequietezza.
- ❑ Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

## ALTRE SEGNALAZIONI

- ❑ Incontinenza:
  - Assente
  - Solo urinaria
  - Solo fecale
  - Doppia
  
- ❑ Gestione incontinenza:
  - Presidi assorbenti
  - Ano artificiale
  - Catetere
  
- ❑ Ausili per il movimento:
  - Bastone/deambulatore
  - Carrozzina
  - Nessuno

***Il compilatore:***

**COGNOME.....NOME.....**

**IN QUALITA' DI**

.....

**DATA\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_**

## RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome Nome assistito \_\_\_\_\_ M - F

Data di nascita: \_\_\_\_\_ data di compilazione: \_\_\_\_\_

### LEGENDA:

**A**: assente; **L**: lieve – trattamento facoltativo; prognosi eccellente

**M**: moderata – trattamento necessario; prognosi buona

**G**: grave; è invalidante – trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata

**MG**: molto grave – trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

### AREA

### GRAVITA'

(barrare la casella che interessa)

solo per la patologia più grave

### PATOLOGIE CARDIACHE:

<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

### IPERTENSIONE (si valuta la severità):

<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

### APPARATO VASCOLARE:

(sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)

<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

### APPARATO RESPIRATORIO:

<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

<b>OCCHI/URL (orecchio, naso, gola, laringe):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>APPARATO DIGERENTE INFERIORE: (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>FEGATO:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
----------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>RENE:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>STATO MENTALE E COMPORIMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) :</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>ALTRI PROBLEMI CLINICI</b>
-------------------------------

<b>Descrizione</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Se SI indicare se:</b>
--------------------	-----------	-----------	---------------------------

<b>Lesioni da decubito</b>	NO	SI	Sede: Stadio:
----------------------------	----	----	------------------

<b>Dialisi</b>	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
----------------	----	----	--

<b>Insufficienza respiratoria</b>	NO	SI	O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
-----------------------------------	----	----	--

<b>Alimentazione artificiale</b>	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
----------------------------------	----	----	-------------------------------------

<b>Gestione incontinenza</b>	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
------------------------------	----	----	---

<b>Ausili per il movimento</b>	NO	SI	Bastone e/o deambulatore Carrozzina
--------------------------------	----	----	--

<b>Protesi</b>	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
----------------	----	----	--

<b>Disorientamento tempo/spazio</b>	NO	SI	Note:
-------------------------------------	----	----	-------

<b>Vagabondaggio</b>	NO	SI	Note:
----------------------	----	----	-------

<b>Agitazione psico-motoria</b>	NO	SI	Note:
---------------------------------	----	----	-------

<b>Inversione ritmo sonno-veglia</b>	NO	SI	Note:
--------------------------------------	----	----	-------

<b>Stato nutrizionale insoddisfacente</b>	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
---	----	----	------------------------

<b>Allergie a farmaci</b>	NO	SI	Specifica:
---------------------------	----	----	------------

<b>Allergie ad alimenti</b>	NO	SI	Specifica:
-----------------------------	----	----	------------

<b>TERAPIA IN ATTO</b>
------------------------

---



---



---



---

<b>DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE</b>
--

- 1.** Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici,.....). Elencare documentazione prodotta:

---



---



---



---

**Recapito telefonico del Medico** \_\_\_\_\_

**Firma del Medico** \_\_\_\_\_