



Casa di Riposo "Casa Mia" ONLUS

# Domanda di ingresso in struttura

M 7.2 a  
Rev. 1  
Data 23/09/08

## Riservato al medico curante

Egregio Dottore,

il modulo allegato, che La preghiamo di riempire con i dati relativi al Suo paziente, ci consentirà di valutarne il grado di autonomia per programmare adeguatamente l'ospitalità richiesta dal Suo assistito presso la nostra casa di riposo.

Se dovesse avere qualche dubbio o desiderasse ulteriori chiarimenti, La preghiamo di contattare l'amministrazione di "Casa mia" allo 0543/400676.

Nel ringraziarLa per la Sua collaborazione, Le porgiamo i nostri migliori saluti.

La Direzione

Il sottoscritto, Dottor \_\_\_\_\_

in qualità di\* \_\_\_\_\_

\*(medico di base, sanitario responsabile di struttura assistenziale, primario ospedaliero)

**CONCORDA** con la richiesta di ingresso in struttura residenziale presentata

dal/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

attualmente presso:  proprio domicilio  
 struttura assistenziale  
 ospedale data del ricovero \_\_\_\_\_

In quanto ritiene più adatto alle sue condizioni generali l'accoglimento presso:

- struttura assistenziale per autosufficienti
- struttura assistenziale per non autosufficienti

**E ATTESTA** quanto segue circa le condizioni di salute generali dell'interessato/a:

**CENNI ANAMNESTICI\*\*** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\* Segnalare anche eventuali precedenti psico-patologici (fasi depressive, maniacali, paranoiche, anticonservative, alcolismo, ecc...)



Casa di Riposo "Casa Mia" ONLUS

# Domanda di ingresso in struttura

M 7.2 a  
Rev. 1  
Data 23/09/08

**RICOVERI OSPEDALIERI negli ultimi 3 anni \*\*** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGNOSI** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NECESSITA DI\*\*\*:**

- assistenza medica
- assistenza sociale
- altro (specificare) \_\_\_\_\_
- assistenza infermieristica
- nessun aiuto

**CONDIZIONI PSICO-INTELLETTIVE E COMPORTAMENTALI**

- lucidità
- fase confusionale e disorientamento
- persistente disorientamento spazio/temporale
- agitazione psico-motoria:       modesta       grave
- depressione del tono dell'umore

**MOBILITA'**

- autonoma
- necessità di carrozzella
- cammina con l'aiuto di ausili
- costretto a letto

**ALIMENTAZIONE**

- autonoma
- rifiuto del cibo
- altro \_\_\_\_\_
- deve essere imboccato
- segue una dieta particolare

**IGIENE DEL CORPO**

- autonoma
- parzialmente autonoma
- non autonoma

\*\* Indicare causa, data e sede del ricovero

\*\*\* Indicare con una X tutte le voci che interessano.



## NECESSITA' TRATTAMENTO RIABILITATIVO

- Riattivazione generale  F.K.T.

## APPARATO BRONCOPOLMONARE

- bronchite cronica  crisi dispnoiche recidivanti  
 Tbc in atto o pregressa  
 altra patologia \_\_\_\_\_

## APPARATO CARDIOVASCOLARE

- ipertensione  scompenso cardiaco  
 insufficienza coronarica  aritmie gravi  
 pace-maker  arteriopatie periferiche  
 altra patologia \_\_\_\_\_

## APPARATO GASTROINTESTINALE

- ulcera gastroduodenale in atto  malassorbimento  
 ano preternaturale  cirrosi epatica  
 diverticolosi intestinale del colon  
 incontinenza:  occasionale  
 totale  
 altra patologia \_\_\_\_\_

## APPARATO GENITO-URINARIO

- insufficienza renale  trattamento dialitico  
 ipertrofia prostatica  cistopielite cronica  
 portatore di catetere  incontinenza  occasionale  
 totale  
 altra patologia \_\_\_\_\_

## DEFICIT SENSORIALI

- udito:  buono  discreto  scarso  assente  
vista:  buona  discreta  scarsa  assente  
 voce\*: \_\_\_\_\_  
 altra patologia \_\_\_\_\_

## APPARATO NEUROLOGICO

- monoparesi  emiparesi  paraparesi  
 emiplegia  paraplegia  deficit dell'equilibrio  
 afasia  rigidità  disturbi della sensibilità  
 parkinsonismo  sindrome di Alzheimer  demenza senile  
 altra patologia \_\_\_\_\_

## APPARATO OSTEOARTICOLARE

- blocchi articolari  sede: \_\_\_\_\_  
causa: \_\_\_\_\_  
 osteoporosi  fratture pregresse o recenti  
 altra patologia \_\_\_\_\_

\* indicare se affetto da qualche patologia di elocuzione



Casa di Riposo "Casa Mia" ONLUS

## Domanda di ingresso in struttura

M 7.2 a  
Rev. 1  
Data 23/09/08

### MALATTIE METABOLICHE

- diabete  
 altra patologia \_\_\_\_\_

### PIAGHE DA DECUBITO

- nessuna  
 una sede
- |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1° grado | <input type="checkbox"/> più sedi | <input type="checkbox"/> 1° grado |
| <input type="checkbox"/> 2° grado |                                   | <input type="checkbox"/> 2° grado |
| <input type="checkbox"/> 3° grado |                                   | <input type="checkbox"/> 3° grado |
| <input type="checkbox"/> 4° grado |                                   | <input type="checkbox"/> 4° grado |

### PATOLOGIA NEOPLASTICA

- in fase evolutiva  
 metastasi sede (caratteristiche) \_\_\_\_\_

### ALTRE PATOLOGIE GRAVI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CONDIZIONI GENERALI (nutrizione - sanguificazione)

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> buone    | <input type="checkbox"/> discrete |
| <input type="checkbox"/> scadenti | <input type="checkbox"/> gravi    |

### CONDIZIONI DI AUTOSUFFICIENZA (giudizio complessivo)

- |                                 |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> buona  | <input type="checkbox"/> discreta |
| <input type="checkbox"/> scarsa | <input type="checkbox"/> nulla    |

Firma e timbro

Forlì, \_\_\_\_\_