

RICHIESTA D'AMMISSIONE PER LA SEDE DI Castelrotto Caslano

1. PREVENTIVA (compilare solamente questa pagina e firmare)
2. IMMEDIATA O A BREVE TERMINE (compilare TUTTO il formulario e firmare)

PROVENIENZA DEL RICHIEDENTE L'AMMISSIONE

1. DOMICILIO
2. OSPEDALE / CLINICA / ONC
3. ISTITUTO PER ANZIANI / APPARTAMENTO PROTETTO

DATI ANAGRAFICI

Cognome			Nome	
Data di nascita	Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nr. AVS	
Telefono			Luogo di nascita	
Via e nr.			NAP e Luogo	
Nazionalità	<input type="checkbox"/> svizzera <input type="checkbox"/> altro, specificare:	Stato civile		
Lingua parlata			Religione	
Medico curante			Telefono	
Via e nr.			NAP e Luogo	
Cassa malati			Nr. della carta	
Direttive anticipate	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Osservazioni		

SITUAZIONE FAMILIARE	CONDIZIONE ABITATIVA	SITUAZIONE FINANZIARIA
<input type="checkbox"/> Vive solo/a <input type="checkbox"/> Vive con coniuge/convivente <input type="checkbox"/> Vive con figli <input type="checkbox"/> Vive con altri parenti <input type="checkbox"/> Vive con altre persone non parenti	L'ubicazione della sua abitazione, è per lei causa di problemi? (lontananza dal centro, dai mezzi pubblici,...) Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AVS/AI <input type="checkbox"/> Cassa Pensione <input type="checkbox"/> Prestazione Complementare <input type="checkbox"/> Assegno grande invalido <input type="checkbox"/> Altre rendite (INSAI / ass. militare / ass. estera)
	Le condizioni della sua abitazione, sono causa di problemi di abitabilità? (servizi inadatti, barriere architettoniche, riscaldamento,...) Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

GRADO DI AUTONOMIA (1=autonomo / 2=semi dipendente / 3=dipendenza completa)

Igiene / vestirsi			
Lavarsi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Eseguire bagno / doccia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Vestirsi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<u>Cure particolari</u>	Decubito	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Iniezioni	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Medicamenti	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Infusione	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Altro		
	Mezzi ausiliari		
Mangiare e bere			
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Dieta o altro, specificare:			
<u>Mezzi ausiliari</u>	Protesi dentaria	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Apparecchio acustico	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Occhiali / lenti a contatto	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Comunicazione			
Vista	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Udito	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Comunicazione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<u>Mezzi ausiliari</u>			
<u>Cure particolari</u>			
Riposo / dormire - Ritmo giorno / notte			
Senza problemi	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Disturbato	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Eliminazione			
Urina	continente <input type="checkbox"/>	incontinente <input type="checkbox"/>	
Feci	continente <input type="checkbox"/>	incontinente <input type="checkbox"/>	
<u>Cure particolari</u>	Catetere a dimora	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Urostomia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Colostomia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Altro:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Movimento			
Alzarsi / sedersi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Camminare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Salire le scale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Sdraiarsi / alzarsi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Usare il WC	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<u>Cure particolari</u>			
Lavori casalinghi			
Cucinare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Bucato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Pulire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Riordinare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Situazione psichica / comportamentale			
<u>Psichica</u>	Buona	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Orientato nel tempo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Orientato nel luogo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Orientato sulle persone	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<u>Comportamento</u>	Calmo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Agitato	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Aggressivo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Passivo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Allucinazioni	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Pericolo di fuga	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Confuso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
In caso di malattia ricevete aiuto o assistenza da parte di qualcuno?			
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se si, da parte di chi?	
Conoscete il Servizio di Aiuto Domiciliare?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha già usufruito del Servizio di Aiuto Domiciliare?			
No <input type="checkbox"/>	Si, per prestazioni infermieristiche <input type="checkbox"/>		Si, per prestazioni dell'aiuto familiare <input type="checkbox"/>

RAPPORTI SOCIALI

Frequenta luoghi quali: circoli, associazioni, centro diurno, caffè, teatri, cinema, case di parenti?		
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se sì, quali?
Utilizza i mezzi di informazione?	<input type="checkbox"/> Giornali	<input type="checkbox"/> Radio
	<input type="checkbox"/> Televisione	<input type="checkbox"/> Internet
Esercita attività di svago quali: giardinaggio, attività culturali artistiche, lettura, viaggi, passeggiate?		
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se sì, quali?

DATI GENERALI E MOTIVI DELLA RICHIESTA DI AMMISSIONE

1) Soggiorno in istituti per anziani negli ultimi due anni		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nome Istituto		dal:	al:
2) Soggiorno in istituti per anziani negli ultimi due anni		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nome Istituto		dal:	al:
1) Persone di riferimento (parente, rappresentante terapeutico,)			
Cognome		Nome	
Via e nr.		NPA e Luogo	
Telefono		Grado di parentela / ruolo	
2) Persone di riferimento (parente, rappresentante terapeutico,)			
Cognome		Nome	
Via e nr.		NPA e Luogo	
Telefono		Grado di parentela / ruolo	

OSSERVAZIONI DELL'INTERVISTATORE

Si ritiene che le risorse familiari del richiedente sarebbero sufficienti per mantenere l'anziano al domicilio (disponibilità dei parenti a prendersi cura della persona)?		Sufficienti <input type="checkbox"/>	Insufficienti <input type="checkbox"/>
Quali servizi e/o aiuti permetterebbero il mantenimento al domicilio?			
<input type="checkbox"/> pasti a domicilio	<input type="checkbox"/> servizio aiuto domiciliare	<input type="checkbox"/> aiuto finanziario	<input type="checkbox"/> altro, specificare:

Problemi di salute che hanno portato alla richiesta di ammissione	
<input type="checkbox"/> Problemi traumatologici (frattura femore, bacino, caviglia,...) <input type="checkbox"/> Problemi chirurgici (operazioni, ileo,...) <input type="checkbox"/> Problemi cardiovascolari (infarto insufficienza cardiaca,...) <input type="checkbox"/> Problemi tumorali (tumori benigni, maligni,...) <input type="checkbox"/> Problemi diagnostici ed investigativi in genere <input type="checkbox"/> Problemi urologici e/o ginecologici <input type="checkbox"/> Problemi psichiatrici (psicosi, alcoolismo, depressione, ecc.) <input type="checkbox"/> Problemi neurologici (ictus, Parkinson,...) <input type="checkbox"/> Problemi polmonari (enfisema, bronchite cronica,...) <input type="checkbox"/> Problemi oftalmologici <input type="checkbox"/> Ipertensione <input type="checkbox"/> Problemi apparato locomotorio (artrosi, coxartrosi, poliartrosi,...) <input type="checkbox"/> Decubiti, ulcere alla gamba <input type="checkbox"/> Problemi epatici <input type="checkbox"/> Problemi nefrologici (o dei reni) <input type="checkbox"/> Cure termali <input type="checkbox"/> Altro, specificare:	

Altre motivazioni	
<input type="checkbox"/> Problemi sociali (isolamento, ansia, bisogno di sicurezza) <input type="checkbox"/> Barriere architettoniche (evitare un trasloco o impossibilità di rientrare al proprio domicilio) <input type="checkbox"/> Altri motivi, specificare:	
Ammissione	
<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Richiesta dai parenti <input type="checkbox"/> Altro, specificare:	

Altre osservazioni

Luogo e data

Firma

Specificare ruolo