



DOMANDA DI ACCOGLIMENTO IN RESIDENZA SOCIO-ASSISTENZIALE A SOLVENZA

Il sig. _____
nato/a a _____ (Prov. di _____) il ____/____/_____
residente a _____ (C.A.P. _____) in
Via/Piazza _____ n. _____
Tel. _____ / _____ in qualità di _____

CHIEDE

per il/la signor/a _____
nato/a a _____ (Prov. di _____) il ____/____/_____
residente a _____ (C.A.P. _____) in
Via/Piazza _____ n. _____
Codice fiscale _____ ATS di appartenenza _____
Tessera Sanitaria _____
che attualmente si trova
☐ al proprio domicilio
☐ ricoverato presso _____

di poter usufruire del ricovero in R.S.A. a solvenza totale.

Data _____

Il richiedente

Fondazione Residenza Sanitario-Assistenziale di Soncino Onlus

Sede legale: Largo Capretti, 2 - 26029 Soncino (CR) • Tel 0374 85 117 • Fax 0374 83 444
www.fondazionesoncino.it • info@fondazionesoncino.it

R.S.A. Largo Capretti, 2 - Tel 0374 85327 • I.D.R. Via De' Marcheschi, 7 - Tel 0374 85624 • C.F. 83001010194 • P.IVA 00923770192

SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICA PER L'ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI

DATA _____

Signor/ra _____ Sesso: ☐ M ☐ F Cod. Fisc. _____
 Tessera Sanitaria n° _____ Invalido: _____ % con accompagnamento ☐ SI ☐ NO
 Nato/a a: _____ il _____ Comune di residenza: _____
 Domicilio: _____ Telefono: _____
 Medico di famiglia dott. _____ Medico Curante dott. _____

CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (C.I.R.S.)

1) Patologia Cardiaca (solo cuore) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
2) Iperensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
3) Patologie Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
4) Patologie Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
8) Patologie Epatiche (solo fegato) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
9) Patologie Renali (solo rene) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
10) Altre Patologie Genito-Urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
11) Sistema Muscolo-Scheletrico Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
13) Endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
14) Psichiatrico-comportamentali (la diagnosi e la gravità vanno indicati sul retro nel quadro riservato all'analisi dei disturbi comportamentali)					

LEGENDA:

- (1) **assente** nessuna compromissione d'organo/sistema;
- (2) **lieve** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi);
- (3) **moderato** La compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco);
- (4) **grave** La compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco);
- (5) **molto grave** La compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia);

NOTA BENE
 La mancata attribuzione di giudizio di gravità determina che la patologia sia considerata assente

Valutazione sintetica dello stato di salute in relazione alla severità clinica e comorbidità

☐ (2) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE
 ☐ (4) MODERATA COMPROMISSIONE
 ☐ (8) GRAVE COMPROMISSIONE

TERAPIA IN ATTO:

Items tratti dalla scala "BASIC ACTIVITIES OF DAILY LIVING" (VALUTAZIONE FUNZIONALE DI BARTHEL)					
MOBILITA' / DEAMBULAZIONE	(nessun deficit)	(deficit lieve)	(deficit moderato)	(deficit grave)	(deficit molto grave)
Igiene personale	☐	☐	☐	☐	☐
Alimentazione	☐	☐	☐	☐	☐
Spostamenti sedia-letto	☐	☐	☐	☐	☐
Deambulazione o in alternativa	☐	☐	☐	☐	☐
Locomozione su sedia a rotelle	☐	☐	☐	☐	☐
Valutazione sintetica del grado di compromissione della mobilità/deambulazione					
☐ (8) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE ☐ (16) MODERATA COMPROMISSIONE ☐ (32) GRAVE COMPROMISSIONE					

COGNITIVITA' E COMPORTAMENTO: SCALA DI GOTTFRIES – BRANE – STEENE (GBS)				
Sintomatologia	assente	lieve	moderata	grave
Confusione	☐	☐	☐	☐
Irritabilità	☐	☐	☐	☐
Irrequietezza	☐	☐	☐	☐
Patologie psichiatrico-comportamentali (14° item C.I.R.S.: demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)				
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤				
Valutazione sintetica della gravità del disturbo cognitivo e comportamentale				
☐ (4) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE ☐ (8) MODERATA COMPROMISSIONE ☐ (16) GRAVE COMPROMISSIONE				

ALTRE CONDIZIONI DI RILEVANZA CLINICA	
☐ LESIONE DA DECUBITO	
☐ CATETERE URINARIO a permanenza	
☐ STOMI: ☐ Ureterostomia	☐ Colostomia ☐ Tracheostomia ☐ Altro _____
☐ INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	☐ Ossigeno Terapia al bisogno ☐ Ossigeno Terapia continua ☐ Ventilatore
☐ ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE	☐ SNG (sond. nasogastrico) ☐ PEG (sond. percutaneo endogastrica) ☐ NPT (nutriz. parent. totale)
☐ DIABETE insulina dipendente	
☐ INSUFFICIENZA RENALE:	☐ EMODIALISI ☐ DIALISI peritoneale
☐ ALTRO:	

ANAMNESI PATOLOGICA RECENTE/NOTE/CONDIZIONE IGIENICO SANITARIA

data _____

Firma del medico _____

SPAZIO RISERVATO AL MEDICO DELLA STRUTTURA	
☐ IDONEO ☐ NON IDONEO	DATA _____

I dati conferiti in occasione della sottoscrizione della presente domanda saranno raccolti e trattati in ottemperanza alla normativa vigente sulla privacy (GDPR 679/2016 - Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativamente alla protezione dei dati personali), secondo quanto specificato nell'informativa resa all'interessato allegata al presente modulo