

DOMANDA DI AMMISSIONE

COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
SESSO	
STATO CIVILE	
RESIDENTE A *	
IN VIA	
CAP	
RECAPITO TELEFONICO	
CODICE FISCALE	
TESSERA SANITARIA N.RO	
TITOLO DI STUDIO	
N.RO FIGLI MASCHI	
N.RO FIGLIE FEMMINE	
ONERE DELLA RETTA	
ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> DOMANDA PRESENTATA
ASSISTENZA DOMICILIARE	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> NO
FAMILIARI	
RECAPITO TELEFONICO	
INDIRIZZO	
Email:	
DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA	
DATA DI AMMISSIONE IN STRUTTURA	

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

...L... SOTTOSCRITT....	
RESIDENTE A	
IN VIA	
TEL.	
IN QUALITA' DI	
DEL..... SIG.....	

IMPEDITO/TA A RENDERE DICHIARAZIONE PER RAGIONI CONNESSE ALLO STATO DI SALUTE chiede l'ammissione del..... SIG./SIG.RA presso codesta RSA.

FIRMA.....

* I residenti di Gavardo devono autocertificare la residenza da almeno un anno alla data di presentazione della domanda.

Con la sottoscrizione della domanda si accettano le condizioni indicate nel contratto di assistenza socio-sanitaria, nel Regolamento dell'Ente e nella Carta dei Servizi dei quali si dichiara di aver preso visione.

SI IMPEGNA ALTRESI'

1. A coprire il posto in R.S.A. entro 2 giorni dalla comunicata disponibilità del posto letto. L'eventuale rinuncia comporta lo spostamento della domanda in coda alla lista di attesa. Dopo tre rinunce la domanda verrà eliminata dalla lista di attesa.

2. Ad effettuare il pagamento della retta di degenza stabilita dalla amministrazione della R.S.A. come indicato nel contratto di assistenza socio-sanitaria

3. A fornire tutti i dati e la documentazione che verranno richiesti al momento dell'ingresso ed in particolare

- i nominativi e indirizzi completi dei parenti
- gli esiti di esami ematici e strumentali e delle visite specialistiche effettuate recentemente
- altre notizie sulle abitudini di vita

....., lì.....

FIRMA PER ACCETTAZIONE

.....

ULTERIORI RECAPITI TELEFONICI

.....

.....

ANNOTAZIONI

.....

.....

.....

La informiamo che, ai sensi del D.lgs 196/2003 i dati personali da Lei forniti attraverso la compilazione del presente modulo, potranno essere oggetto di trattamento in relazione a quanto esposto nell'informativa. I dati verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e la riservatezza. I dati verranno trattenuti per tutta la durata del servizio e verranno archiviati per il periodo obbligatorio richiesto dalla legislazione vigente. Lei potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 7 e ss. Del D.lgs 196/2003 tramite il titolare del trattamento Fondazione La Memoria Onlus via Santa Maria n. 25 Gavardo (BS) alla mail amministrazione@fondazione lamemoria.it e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettificazione, l'aggiornamento e l'integrazione dei suoi dati, nonché opporsi al loro utilizzo per le finalità qui indicate. Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'articolo 13 del D.lgs 196/2003 e di avere espresso su specifico modulo in forma scritta, il consenso previsto dall' art. 23 "

.....

CODICE REG.	POSIZIONE NELLA PROFESSIONE AL MOMENTO DI INGRESSO
08	NON LAVORA MA HA SVOLTO UN LAVORO RETRIBUITO – CASALINGA (CHE HA SVOLTO UN LAVORO RETRIBUITO)
09	NON LAVORA MA HA SVOLTO UN LAVORO RETRIBUITO – PENSIONATO (CHE HA LAVORATO)
10	NON LAVORA MA HA SVOLTO UN LAVORO RETRIBUITO – INVALIDO – INABILE (ANCHE SE PENSIONATO)
11	NON LAVORA MA HA SVOLTO UN LAVORO RETRIBUITO – DISOCCUPATO
12	NON LAVORA MA HA SVOLTO UN LAVORO RETRIBUITO - ALTRO
14	NON HA MAI SVOLTO LAVORO RETRIBUITO – CASALINGA (CHE NON HA MAI SVOLTO LAVORO RETRIBUITO, ANCHE SE CON PENSIONE)
16	NON HA MAI SVOLTO LAVORO RETRIBUITO – INVALIDO, INABILE (CHE ON HA MAI SVOLTO LAVORO RETRIBUITO)
17	NON HA MAI SVOLTO LAVORO RETRIBUITO - ALTRO

CODICE REG.	SITUAZIONE PENSIONISTICA
0	NESSUNA PENSIONE
1	ANZIANITÀ/VECCHIAIA
2	SOCIALE
3	TIPOLOGIA SPECIALE (GUERRA, INAIL ETC....)
4	REVERSIBILITÀ
5	INVALIDITA'

RACCOLTA ANAMNESTICA DATI A CURA DEL RICHIEDENTE/ DEI FAMILIARI, IN COLLABORAZIONE CON IL MEDICO CURANTE

COGNOME.....

NOME.....

NATO A..... IL

ATTUALMENTE RISIEDA:

a casa Casa di Riposo di _____

ospedale altro (specificare) _____

DATI ANAMNESTICI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VALUTAZIONE GRADO DI AUTOSUFFICIENZA

	DA SOLO	PICCOLO AIUTO	DIPENDENZA TOTALE	ALTRO
ALIMENTAZIONE				
IGIENE PERSONALE				
USO DEI SERVIZI IGIENICI				
SI ALZA DAL LETTO				
SI VESTE				

DEAMBULAZIONE

AUTONOMA	
CON AIUTO	
IN CARROZZELLA	
ALLETTATO	
DA QUANTO TEMPO	

INCONTINENZA

ASSENTE	
OCCASIONALE	
ABITUALE	
DOPPIA	
CATETERE	
DA QUANTO TEMPO	

NECESSITA DI ALTRI SERVIZI INFERMIERISTICI

.....

.....

.....

CONDIZIONI NUTRIZIONALI
METABOLICHE:

specificare patologia _____

- soddisfacenti
- equilibrio farmacologico
- scompenstate
- carente nutrizione
- uso di insulina

CONDIZIONI CARDIORESPIRATORIE: VISTA:

specificare patologia _____

- buone
- equilibrio farmacologico
- compromesse
- molto compromesse

UDITO:

- normale
- ipoacusia
- sordità

ALLERGIE A FARMACI:

- sì no

se sì, specificare _____

ALLERGIE AD ALIMENTI:

- sì no

se sì, specificare _____

TABAGISMO:

- sì no

se sì, n. sigarette al giorno _____

PSICHE INTEGRA: sì no

FASI DI CONFUSIONE: sì no

FASI DI DISORIENTAMENTO: sì no

AGITAZIONE PSICOMOTORIA: sì no

DISPNEA:

- assente
- da sforzo
- a riposo
- ossigenoterapia

- normale
- ipovisus
- cecità

DISTURBI DEL LINGUAGGIO:

- sì
- se sì, specificare _____
- no

RIABILITAZIONE ESEGUITA:

- sì no
- con risultato positivo: sì no

ETILISMO:

- sì no

- DISINIBIZIONE: sì no
IRRITABILITA': sì no
AGGRESSIVITA': sì no
COLLABORANTE: sì no
INDIFFERENTE: sì no
DEPRESSIONE: sì no
ANSIA: sì no
DEMENTIA: sì no
TENTATI SUICIDI RECENTI: sì no
TENTATI SUICIDI PREGRESSI: sì no
CURE C/O SERVIZI PSICHIATRICI: sì no (se sì, dove _____)

ALZHEIMER: SI PRECISA CHE LA FONDAZIONE RICOVERO LA MEMORIA NON E' AUTORIZZATA AD OSPITARE PAZIENTI AFFETTI DA ALZHEIMER.

Si certifica

che attualmente il paziente non è portatore di malattie contagiose e/o mentali tali da controindicare la vita in comunità.

che non c'è un rifiuto del ricovero;

che le condizioni della persona siano tali da far presumere che in assenza del ricovero si determini un pericolo attuale di un danno grave alla persona.

NOTE

.....

.....

MEDICO CURANTE (nome, cognome, indirizzo, telefono)

.....

PROTOCOLLO INGRESSI

In vigore dal 03.11.2017

DEFINIZIONE

Il Protocollo individua i criteri per la definizione della lista d'attesa per l'accesso ai posti accreditati della RSA.

OBIETTIVI

Il protocollo ha la finalità di garantire ai potenziali utenti anziani trasparenza, tempestività e appropriatezza nell'accesso ai posti letto accreditati nel rispetto delle norme statutarie.

Destinatari del presente protocollo sono gli anziani con minimo 65 anni di età con compromissione dell'autosufficienza ed anziani affetti da demenza.

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE E VALIDITA' DELLA DOMANDA

Per ottenere l'iscrizione alla graduatoria è necessario presentare la domanda di ammissione ritirandola presso l'Ufficio Amministrativo della Fondazione o scaricandola dal sito internet www.fondazionelamemoria.it

L'elenco della documentazione da presentare è riportata nel modulo di domanda di ammissione.

La domanda avrà validità per 2 anni dalla data di presentazione per i residenti del comune di Gavardo e 1 anno per i non residenti. In caso non siano forniti aggiornamenti oltre i termini indicati, la domanda sarà considerata scaduta e dovrà essere successivamente ripresentata.

In caso di valutazione di domanda con giacenza nelle liste di attesa superiore ai sei mesi sarà richiesto un aggiornamento dell'interesse all'ingresso in struttura.

RICEZIONE DELLA RICHIESTA

La richiesta di ammissione alla RSA deve essere presentata e sottoscritta dall'utente, da un suo parente o dall'amministratore di sostegno.

La domanda viene protocollata e inserita in graduatoria solo se completa di ogni sua parte; indicando la capacità economica del richiedente o di chi per esso per la copertura della retta. E' necessaria la compilazione della scheda medica a carico del MMG e può essere allegata/sostituita da documentazione specialistica o valutazione UCAM.

La lista viene periodicamente aggiornata e vengono raccolti i dati riguardo alla situazione sanitaria, sociale e assistenziale. Comunicazioni relative ad eventuali variazioni dello stato di salute e della documentazione sanitaria ed accompagnatoria sono a carico del richiedente o suo delegato.

VALUTAZIONE

La valutazione viene effettuata in funzione delle informazioni raccolte e dalle schede di valutazione allegata alla domanda di ammissione.

La valutazione clinica e funzionale è effettuata da un'equipe multidisciplinare interna alla Fondazione composta da:

- Direttore sanitario o medico da lui delegato;
- Direttore;
- Coordinatore infermieristico;
- Assistente sociale.

Ogni figura contribuisce in modo equivalente e in base alla sua competenza e professionalità integrandosi con le altre.

La valutazione ha la funzione di individuare, sempre nel rispetto del presente Regolamento, attraverso una lettura multidimensionale, le persone con maggiore priorità.

Nella valutazione si pone l'attenzione:

- alla gravità della situazione sanitaria
- all'inadeguatezza delle risorse domiciliari
- alla presenza o meno di una rete familiare in grado di assistere a domicilio la persona
- al carico di lavoro e all'organizzazione in essere nel reparto rispetto al momento dell'eventuale ingresso
- alla pregressa conoscenza dell'utente, quale fruitore di altri servizi erogati a vario modo dalla Fondazione stessa (A.D.I. – pasti a domicilio – Misura 4 ecc.)

CRITERI DI FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA DI INGRESSO ED ISCRIZIONE NELLA LISTA D'ATTESA

La lista di attesa è composta da una graduatoria delle domande di ingresso poste in ordine progressivo secondo i seguenti criteri:

- cronologico
- rispetto del rapporto nel numero di ingressi tra residenti e non residenti (2:4)
- scala di gravità della situazione socio-assistenziale e sanitaria del richiedente:
 - codice rosso = URGENTE (U)
 - codice giallo = STABILE (S)
 - codice verde = NON URGENTE (N)

INGRESSO

Al liberarsi di un posto si riunisce l'equipe multidisciplinare. Durante la riunione vengono valutati i potenziali ingressi secondo i seguenti criteri:

- sesso;
- età minima richiesta o eventuali deroghe ATS;
- compatibilità della situazione clinica dell'ospite con i servizi erogati dalla Fondazione;
- urgenze segnalate da ATS/ASST/MMG/comune di residenza;
- gravità della situazione sanitaria;
- inadeguatezza delle risorse domiciliari;
- grado di presenza di una rete familiare in grado di assistere a domicilio la persona;

L'esito della valutazione viene riportato in apposito verbale redatto dall'equipe.

In tale sede viene anche aggiornata la lista di attesa ed eventualmente la scala di gravità della situazione socio-assistenziale e sanitaria integrando con le informazioni aggiuntive raccolte.

In caso di rinuncia la domanda verrà posta in coda alla graduatoria di ammissione.

RETTE ANNO 2017

Le rette giornaliere a carico degli utenti, sono state determinate come segue:

RETTA OSPITI DA GAVARDO (in struttura al 31.12.2015)	€ 50,50
RETTA OSPITI DA GAVARDO (ingresso dal 01.01.2016)	€ 53,00
RETTA OSPITI DA COMUNI CONVENZIONATI	€ 54,00
RETTA OSPITI DA ALTRI COMUNI	€ 58,00
RETTA OSPITI DAL COMUNE DI BRESCIA	€ 64,00

Le rette di ricovero vengono stabilite annualmente dal Consiglio di Amministrazione e possono subire variazioni al verificarsi di diverse situazioni economiche e finanziarie nel corso dell'esercizio di competenza.

La retta di ricovero è comprensiva di: vitto, alloggio, assistenza di base, assistenza medica ed infermieristica, assistenza farmaceutica, riabilitativa, materiale sanitario vario, ausili per incontinenti, attività di animazione, parrucchiera, barbiere, callista, pulizia dei locali, lavaggio e stiratura della biancheria.

Le rette sopra riportate sono al netto del contributo regionale senza il quale dovrebbero essere maggiorate dell'importo giornaliero determinato per gli ospiti non autosufficienti totali e parziali.

In caso di assenze superiori a 15 gg continuativi verrà applicato un sconto pari ad 1/3 della retta a partire dal 16° giorno

Al momento dell'ammissione deve essere versato, quale cauzione, un importo di euro 1.000,00 (mille).

DOCUMENTAZIONE ALL'INGRESSO

CONSEGNARE IN UFFICIO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- CARTA D'IDENTITA'
- CODICE FISCALE
- TESSERA SANITARIA ED EVENTUALE ESENZIONE TICKET
- COPIA VERBALE D'INVALIDITA'
- COPIA INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

CORREDO D'INGRESSO UOMO E DONNA

• PIGIAMI O CAMICIE DA NOTTE IN COTONE	N. 6	CAPI
• MAGLIETTE INTIME BIANCHE IN COTONE	N. 8	CAPI
• CALZINE BIANCHE IN COTONE	N. 8	
• TUTE DA GINNASTICA	N. 6	CAPI
• FELPE/PILE	N. 5	CAPI
• CAMICIETTE/MAGLIE T-SHIRT	N. 6	CAPI
• PANTALONI/GONNE IN COTONE (FELPATE X INVERNO)	N. 6	CAPI
• SCARPE CHIUSE	N. 2	

SU OGNI CAPO DEVE ESSERE APPOSTO IN POSIZIONE BEN VISIBILE (ZONA NUCA) IL CONTRASSEGNO CON IL NOME DELL'OSPITE. TALE CONTRASSEGNO SARA' FORNITO PRIMA DELL'INGRESSO DALLA FONDAZIONE.

ACCESSORI DONNA

PETTINE E SPAZZOLA	N. 1 (IN BUSTA PICCOLA)
PORTA DENTIERA	N. 1

ACCESSORI UOMO

PETTINE	N. 1
RASOIO	N. 1
PORTA DENTIERA	N. 1