



## RICHIESTA DI INSERIMENTO NEL SISTEMA RESIDENZIALE

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

Nata /o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_

Richiesta di inserimento presentata da assistito  familiare  altro \_\_\_\_\_

### ALLEGARE

Certificato Medico

Scheda Assistenziale

Scheda Sociale

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata /o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Per se medesimo

In qualità di \_\_\_\_\_ per conto della/del Sig/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

**INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE**

<b>DISTRETTO DI FANO</b> <input type="checkbox"/> RSA Mondavio	<input type="checkbox"/> <b>RP convenzionata</b> _____ _____ _____
<b>DISTRETTO DI PESARO</b> <input type="checkbox"/> RSA Galantara <input type="checkbox"/> RSA Bricciotti <input type="checkbox"/> Centro Diurno Giardino dei Ricordi	<input type="checkbox"/> <b>RP convenzionata</b> _____ _____ _____
<b>DISTRETTO DI URBINO</b> <input type="checkbox"/> RSA Macerata Feltria <input type="checkbox"/> Residenza Protetta Macerata Feltria <input type="checkbox"/> RSA Sant' Angelo in Vado <input type="checkbox"/> Residenza protetta Sant' Angelo in Vado <input type="checkbox"/> RSA Urbania	<input type="checkbox"/> <b>RP convenzionata</b> _____ _____ _____
<b>RSA In CONVENZIONE</b> <input type="checkbox"/> RSA _____ <input type="checkbox"/> RSA _____	

**Impegnandosi, nel caso di inserimento in residenza sanitaria assistenziale (RSA),**

- 1) A corrispondere la quota prevista dalla struttura dopo il 60° giorno di degenza per il primo ricovero
- 2) A corrispondere la quota prevista dalla struttura dal 1° giorno di degenza per ricovero sollievo e per i ricoveri successivi al primo su valutazione della UVI.
- 3) Accettare eventuali trasferimenti in altra tipologia di struttura/livello assistenziale allorché l'UVI della Area Vasta 1 ritenga che le condizioni che ne determinavano il ricovero, siano modificate.
- 4) A corrispondere la quota prevista dalla struttura dal primo giorno di degenza in R.P. .

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_



Al responsabile dell' Unità Valutativa Integrata di:

FANO

PESARO

URBINO

Il Sottoscritto Dr \_\_\_\_\_

M.M.G.     Medico Ospedaliero     Medico di Struttura Convenzionata

del sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

portatore della/e seguente patologia/e \_\_\_\_\_

Problemi clinici attivi: \_\_\_\_\_

Terapia farmacologia in atto (denominazione farmaco e posologia)

Disturbi comportamentali sì  no

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità che trattasi di paziente **CRONICO/STABILIZZATO** e che necessita di inserimento in struttura residenziale per:

- Continuità di cura
- Riabilitazione intensiva ( ) estensiva ( ) (**allegare consulenza fisiatrice**)
- Addestramento alle ADL
- Organizzazione della gestione familiare
- Servizio sollievo
- Altro \_\_\_\_\_
- Lungo assistenza/mantenimento (DGR 1011 - 2.2.1 lettera B)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

**COMPILAZIONE A CURA DELL' INFERMIERE O DEL MEDICO DI RIFERIMENTO**

<p><b>CAPACITA' DI MOVIMENTO</b> (punteggio massimo 40) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore) (ADL D-1) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Compie questi trasferimenti se aiutato (ADL D-0) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Allettato, non esce dal letto (ADL D-0) (necessita di mobilizzazione) <input type="checkbox"/> 40</p>	<p><b>IGIENE PERSONALE</b> (punteggio massimo 40) Autonomo nella cura di sé e nell' igiene personale (ADL A-1;B-1;C-1;) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Difficoltà per raggiungere i servizi igienici, per effettuare autonomamente l'igiene personale e per cambiare l'abbigliamento (ADL A-1;B1;C-0) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Dipendenza completa nella cura di sé, nell'igiene personale, abbigliamento quotidiano (ADL A-0;B-0;C-0) <input type="checkbox"/> 40</p>
<p><b>INTEGRITA' CUTANEA</b> (punteggio massimo 60) Cute integra <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Rischio di compromissione dell'integrità cutanea *Braden punteggio .... (score &lt; 13) <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Lesione da pressione 1°/ 2°stadio Ferita chirurgica; ferita vascolare <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Compromissione dell'integrità cutanea: Lesione da pressione 3°/4°stadio Deiscenza della ferita chirurgica <input type="checkbox"/> 40</p>	<p><b>ALIMENTAZIONE</b> (punteggio massimo 80) Si alimenta da solo senza assistenza (ADL F-1) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Difficoltà lieve nella deglutizione / aiuto e supervisione <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Difficoltà grave nella deglutizione (disfagia) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Deve essere imboccato (ADL F-0) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Enterale totale <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Parenterale totale (NPT) <input type="checkbox"/> 80</p>
<p><b>STATO COGNITIVO/COMUNICAZIONE</b> (punteggio max 100) Comprende e risponde correttamente <input type="checkbox"/> 0</p> <p>* S.P.M.S.Q. punteggio ..... (range 0 – 2) Comprende ma non può comunicare correttamente <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Non comprende e non risponde correttamente *S.P.M.S.Q. punteggio .... (range 3 – 10) <input type="checkbox"/> 40</p> <p><b>B.P.S.D.</b> ( Behavioural Psychological Symptoms Dementia) <input type="checkbox"/> 60</p> <p><input type="checkbox"/> Sintomi affettivi, depressione, ansia, irritabilità</p> <p><input type="checkbox"/> Sintomi psicotici, deliri, allucinazioni</p> <p><input type="checkbox"/> Disturbi della condotta, sonno, alimentazione, sessualità</p>	<p><b>ELIMINAZIONE URINARIA</b> (punteggio massimo 40) Controllo Completo (ADL E-1) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Portatore Di Catetere <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Incontinenza Urinaria occasionale (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Stomia Urinaria <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Incontinenza completa (ADL E-0) Cateterismo estemporaneo <input type="checkbox"/> 40</p>
<p><b>STATO di COSCIENZA</b> (punteggio massimo 40) Cosciente <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Stato vegetativo <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Stato di minima coscienza <input type="checkbox"/> 40</p>	<p><b>ELIMINAZIONE INTESTINALE</b> (punteggio massimo 40) Controlla autonomamente l'eliminazione fecale (ADL E-1) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Evacuazione indotta farmacologicamente <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Stomia intestinale <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Incontinenza completa (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 40</p>
<p><b>FUNZIONI SENSORIALI</b> (punteggio massimo 40) Normali (non valutare stato di coma o stato vegetativo) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Deficit uditivo grave permanente (non correggibile) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Deficit visivo grave permanente (non correggibile) <input type="checkbox"/> 40</p>	<p><b>RITMO SONNO – VEGLIA</b> (punteggio massimo 40) Dorme tutta la notte <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Insonnia (supporto emotivo) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Alterazione del ritmo sonno veglia/ Stato confusionale notturno (farmaco-resistenza) <input type="checkbox"/> 40</p>
<p><b>FUNZIONI RESPIRATORIE</b> (punteggio massimo 200) Autonoma <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Necessita' di aspirazione <input type="checkbox"/> 40</p> <p>Tracheostomia <input type="checkbox"/> 60</p> <p>Ventilazione Assistita <input type="checkbox"/> 100</p>	<p><b>PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE</b> (punteggio massimo 120) Nessuna problematica <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Ossigeno terapia <input type="checkbox"/> 40</p> <p>Terapia del dolore scala *NRS <math>\geq 1</math> <input type="checkbox"/> 40</p> <p>Dialisi Peritoneale <input type="checkbox"/> 40</p>

\*Devono essere trascritti nella presente scheda i punteggi ottenuti dalla compilazione delle scale di Braden , S.P.M.S.Q., NRS.

Cognome e Nome del compilatore \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

<b>PROBLEMA ASSISTENZIALE</b>	<b>MASSIMO PUNTEGGIO RILEVABILE</b>	<b>PUNTEGGIO RILEVATO</b>
CAPACITA' DI MOVIMENTO	40	
INTEGRITA' CUTANEA	60	
STATO COGNITIVO/COMUNICAZIONE	100	
STATO DI COSCIENZA	40	
FUNZIONI SENSORIALI	40	
FUNZIONI RESPIRATORIE	200	
IGIENE PERSONALE	40	
ALIMENTAZIONE	80	
ELIMINAZIONE URINARIA	40	
ELIMINAZIONE INTESTINALE	40	
RITMO SONNO VEGLIA	40	
PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE	120	
		<b>Totale</b>

146/300	Residenza Protetta
301/450	RSA
>450	RSA intensiva
<146	Altro

**Il Direttore del Distretto**

\_\_\_\_\_