

Al Consiglio di Amministrazione  
Della Fondazione "A.Riberi"  
Via Nazionale, 30 Fraz. Bassura - Stroppo  
e-mail: info@casariberi.it  
tel. 0171/999122

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

per conto proprio

per conto dell'Interessato sig./ra \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'ammissione alla Residenza per Anziani "Alessandro Riberi" dell'Interessato

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

A tal fine si allega, in busta chiusa, certificato medico dell'Interessato.  
Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla Residenza per Anziani qualsiasi  
variazione delle condizioni di salute dell'Interessato.

Si dichiara di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Stroppo, li \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

**VALIDITÀ DELLA DOMANDA: 6 MESI**

# RACCOLTA DATI PRE INSERIMENTO OSPITE IN STRUTTURA RESIDENZIALE

RACCOLTA DATI PER L'INSERIMENTO DI UN OSPITE IN STRUTTURA RESIDENZIALE			
<b>STRUTTURA / RESIDENZA:</b>		<b>NUCLEO / REPARTO:</b>	
Intervista eseguita con il/la Sig./Sig.ra:		Grado di parentela:	Data colloquio:
Il/La sig./ra:		nato/a:	il:
Proveniente da:		Data prevista dell'ingresso:	
Stato civile:		Grado di istruzione:	
Attività lavorativa svolta:		<input type="checkbox"/> Familiare	<input type="checkbox"/> Tutore
Persona di riferimento:		<input type="checkbox"/> Amm. di sostegno	<input type="checkbox"/> Fideiussore
Tel.		Fax	E-mail
Altri caregiver di riferimento:	1) Tel.	2) Tel.	3) Tel.
M.M.G.:		Tel.	
CONDIZIONI CLINICO - SANITARIE			
Problemi sanitari all'ingresso:			
Terapia farmacologica all'ingresso (allegare / richiedere la prescrizione scritta del M.M.G.):			
Allergie o intolleranza a farmaci	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Quali:
Problemi sensoriali:	<input type="checkbox"/> vista	<input type="checkbox"/> udito	<input type="checkbox"/> altro:
Portatore di presidi sanitari	<input type="checkbox"/> Presenti		<input type="checkbox"/> Assenti
	<input type="checkbox"/> P.E.G.	<input type="checkbox"/> C.V.C.	<input type="checkbox"/> C.V.P.
	<input type="checkbox"/> Ossigeno - terapia	<input type="checkbox"/> Stomie	<input type="checkbox"/> Altro:
Stato della cute	<input type="checkbox"/> Integro		<input type="checkbox"/> Presenza di ulcere
	Sede e stadio della lesione/i:		
	Protocollo di medicazione:		
CAPACITA' COGNITIVE			
ORIENTAMENTO			
<input type="checkbox"/> Orientato nel tempo e nello spazio		<input type="checkbox"/> Orientato solo in struttura	<input type="checkbox"/> Disorientato
COMUNICAZIONE			
<input type="checkbox"/> Sempre chiara, libera e comprensibile.	<input type="checkbox"/> Riesce a esprimere i propri bisogni e a comprendere ordini verbali semplici.		<input type="checkbox"/> Riesce a esprimere i propri bisogni, ma non riesce a comprendere ordini verbali semplici.
<input type="checkbox"/> Non riesce ad esprimere i propri bisogni, ma comprende ordini verbali semplici.	<input type="checkbox"/> Non è in grado di comprendere informazioni verbali semplici e non può indicare i propri bisogni, conserva il minimo di capacità espressiva.		<input type="checkbox"/> Non è in grado di comprendere informazioni verbali semplici e non può indicare i propri bisogni e non conserva il minimo di capacità espressiva.
Consigli ed indicazioni:			
CAPACITA' FUNZIONALI			
MOBILITA' e PASSAGGI POSTURALI			
<input type="checkbox"/> Deambula autonomamente:		<input type="checkbox"/> > di 50 metri;	<input type="checkbox"/> < di 50 metri
<input type="checkbox"/> Deambula con aiuto:	<input type="checkbox"/> doppio appoggio	<input type="checkbox"/> singolo appoggio	<input type="checkbox"/> ausilio (specificare):
<input type="checkbox"/> Non deambula:	<input type="checkbox"/> in carrozzina		<input type="checkbox"/> obbligo a letto
Passaggi posturali	<input type="checkbox"/> autonomi	<input type="checkbox"/> supervisione	<input type="checkbox"/> un operatore
			<input type="checkbox"/> due operatori
			<input type="checkbox"/> sollevatore;

Variazione di postura e dei punti di appoggio		<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non autonomo
Alzata e messa a letto:	N° operatori necessari: _____		<input type="checkbox"/> Uso del sollevatore
Rischio caduta:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, perché: _____		
usili in possesso	<input type="checkbox"/> acquistati: _____		<input type="checkbox"/> ASL: _____
Ausili di protezione e salvaguardia: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quali: _____			
<b>ALIMENTAZIONE</b>			
<input type="checkbox"/> Non si alimenta per via orale		<input type="checkbox"/> Deve essere imboccato	<input type="checkbox"/> Si alimenta con minimo aiuto
<input type="checkbox"/> Si alimenta da solo			
Nutrizione	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Parenterale	<input type="checkbox"/> Enterale
Masticazione	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Con protesi	<input type="checkbox"/> Edentulo
Dist. alimentari	<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Anoressia	<input type="checkbox"/> Iporessia
<input type="checkbox"/> Iperfagia			
Preferenze alimentari: _____			
<input type="checkbox"/> vino		<input type="checkbox"/> caffè	
Disfagia:	<input type="checkbox"/> Solidi		<input type="checkbox"/> Liquidi
Diete alimentari _____			
Allergie o intolleranze a cibi o bevande: _____			
<b>ELIMINAZIONE</b>			
Eliminazione urinaria	<input type="checkbox"/> Incontinenza	<input type="checkbox"/> Continenza	<input type="checkbox"/> Stomia
Eliminazione fecale	<input type="checkbox"/> Incontinenza	<input type="checkbox"/> Continenza	<input type="checkbox"/> Stomia
Presidi per l'incontinenza (pannoloni)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quali: _____		
Consigli ed indicazioni: _____			
<b>IGIENE PERSONALE</b>		<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Necessita di aiuto
<input type="checkbox"/> Non autonomo			
Consigli ed indicazioni: _____			
<b>VESTITIZIONE</b>		<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Necessita di aiuto
<input type="checkbox"/> Non autonomo			
Consigli ed indicazioni: _____			
Lavaggio indumenti	<input type="checkbox"/> Lavanderia struttura	<input type="checkbox"/> Parenti/caregiver	N° etichetta: _____
<b>DISTURBI DEL COMPORTAMENTO</b>			
<input type="checkbox"/> Presenti: <input type="checkbox"/> Giornalmente <input type="checkbox"/> Episodicamente		<input type="checkbox"/> Assenti	
<input type="checkbox"/> Deliri	<input type="checkbox"/> Allucinazioni	<input type="checkbox"/> Ansia	<input type="checkbox"/> Aggressività verbale
<input type="checkbox"/> Irritabilità			
<input type="checkbox"/> Agitazione psicomotoria	<input type="checkbox"/> Vagabondaggio	<input type="checkbox"/> Affaccendamento	<input type="checkbox"/> Aggressività fisica
<input type="checkbox"/> Disinibizione			
<input type="checkbox"/> Confabulazioni	<input type="checkbox"/> Alterazione del ritmo sonno-veglia	<input type="checkbox"/> Atteggiamento oppositivo	<input type="checkbox"/> Incapacità di individuare pericoli nell'ambiente
Momenti critici della giornata: _____			
Consigli ed indicazioni: _____			
<b>ABITUDINI, INTERESSI E SVAGHI</b>			
Riposo pomeridiano	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì: <input type="checkbox"/> nel letto <input type="checkbox"/> in poltrona	
Oggetti significativi:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, quali: _____	
<input type="checkbox"/> Lettura, quale: _____		<input type="checkbox"/> Passatempi, quali: _____	<input type="checkbox"/> Valori religiosi, quali: _____
<input type="checkbox"/> Televisione		<input type="checkbox"/> Lavori manuali, quali: _____	
<input type="checkbox"/> Altro: _____			
Consigli ed indicazioni: _____			

Firma del compilatore: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_