

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona “San Giovanni”

Domanda di ammissione per persone non autosufficienti in Residenza Sanitaria Assistenziale su posto letto NON convenzionato con la Provincia Autonoma di Trento

DATI SANITARI

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

TESSERA SANITARIA _____

PROVENIENZA

☐ DOMICILIO

☐ STRUTTURA SANITARIA, QUALE? _____

PATOLOGIE IN ATTO

CENNI ANAMNESTICI

TERAPIE IN ATTO

PORTATORE DI:

DATA DAL

- ☐ **TRACHEOSTOMIA**
- ☐ **PEG SOSTITUZIONE SONDA IL**
- ☐ **CVC ULTIMA MEDICAZIONE**
- ☐ **PAKE-MAKER ULTIMO CONTROLLO**
- ☐ **DEFIBRILLATORE IMPANTABILE**
- ☐ **CATETERE VESCICALE A PERMANENZA**
- ☐ **OSSIGENOTERAPIA ORE E FLUSSO/DIE**

PORTATORE DI:

- ☐ **VENTILAZIONE FORZATA** _____
- ☐ **ALTRO** _____

ACCUDISCE AUTONOMAMENTE ALL'IGIENE PERSONALE?

*TOTALMENTE
AUTONOMO*

1

2

3

4

5

TOTALMENTE DIPENDENTE

DEAMBULAZIONE:

- ☐ **TOTALMENTE AUTONOMO**

- ☐ **NECESSITA' DI AUSILI**

- ☐ **BASTONE**
- ☐ **DEAMBULATORE**
- ☐ **ALTRO** _____

- ☐ **NECESSITA' DI ACCOMPAGNAMENTO**

- ☐ **SEMPRE**
- ☐ **PER SPOSTAMENTI**
- ☐ **A VOLTE, QUANDO?** _____
- ☐ **MAI**

- ☐ **ALLETTATO**

SI RITIENE SIA IN GRADO DI VIVERE IN COMUNITA'?

- ☐ **SI'**
- ☐ **NO**

PUO' ESSERE PERICOLOSO PER SE E/O GLI ALTRI?

- ☐ **SI'**
- ☐ **NO**

E' AFFETTO DA PATOLOGIA INFETTIVA?

- ☐ **SI'**
- ☐ **NO**

LA GESTIONE SFINTERIA RISULTA:

- ☐ **TOTALMENTE CONTINENTE ED AUTONOMO**
- ☐ **INCONTINENZA URINARIA**

- ☐ INCONTINENZA FECALE
- ☐ INCONTINENZA DOPPIA
- ☐ CONTINENTE MA NECESSITA' DI AIUTO

PRESENTA UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

CARATTERE ANSIOSO	NO	SI'	LIEVE	MODERATA	AVANZATA
DEPRESSIONE	NO	SI'	LIEVE	MODERATA	AVANZATA
DEMENTIA DI QUALSIASI ORIGINE	NO	SI'	LIEVE	MODERATA	AVANZATA

ESIGENZE DIETICHE PARTICOLARI:

- ☐ NO
- ☐ SI' *PER*
 - ☐ DIABETE
 - ☐ DIVERTICOLOSI
 - ☐ DISLIPIDEMIA
 - ☐ ALLERGIA/ INTOLLERANZA
 - ☐ ALTRO _____

PRESENTA ALLERGIE

- ☐ ALLERGIE AMBIENTALI - QUALI _____

- ☐ ALLERGIE A FARMACI - QUALI _____

- ☐ ALTRO _____

LUOGO E DATA _____

FIRME

- ☐ MEDICO CURANTE _____
TELEFONO _____
- ☐ RICHIEDENTE _____
- ☐ FAMILIARE _____
TELEFONO _____