

FONDAZIONE PORTA SPINOLA ARNABOLDI "O.N.L.U.S."

P.zza Giovanni Paolo II, 1 – 27040 CAMPOSPINOSO

Cod. Fisc. n. 84000520183

P.I. n. 01746020187

Tel. 0385/277522 Centralino – 0385/277707 Uffici Amm.vi – 0385/242007 FAX

e-mail: info@fondazionearnaboldi.it

PEC: fondazionearnaboldi@pecsicura.it

COMPILARE LA DOMANDA IN STAMPATELLO

OGGETTO: RICHIESTA DI AMMISSIONE.

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria di ammissione presso:

RSA

CASA ALBERGO ARCOBALENO

DATI ANAGRAFICI

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n° _____ Sesso M F

C.F. _____ Tessera Sanitaria _____

Pensioni (Categoria e numero) _____

Telefono _____ Cell. _____

Stato Civile: Coniugato/a Celibe/nubile Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

Paternità _____ Maternità _____

COGNOME E NOME DEL CONIUGE _____

DATA E LUOGO DI MATRIMONIO _____

DATA E LUOGO DI MORTE DEL CONIUGE _____

TITOLO DI STUDIO _____

Motivo della domanda: perdita autonomia fisica/psichica famiglia non in grado di provvedere ai
bisogni vive solo alloggio non idoneo altro

Assegno di accompagnamento: SI NO NO (domanda presentata)

Usufruisce di ADI: SI NO

Voucher SI NO NO (in lista di attesa)

Iniziativa della domanda: Il soggetto stesso Famigliare o affine Assistente sociale
Medico Tutore Altro

Provenienza: Domicilio Struttura Psichiatrica RSA accreditata
RSA non accreditata Istituto di riabilitazione
Centro Diurno o Ricovero Sollievo/Emergenza Altro

ACCETTA

Le condizioni generali e le norme interne della RSA, al fine di prevenire e controllare gli aspetti negativi specifici della condizione anziana, per garantire e/o migliorare le capacità residue della persona, favorendone il più alto grado di autonomia e dignità.

Campospinoso, _____

Firma

DOCUMENTI DA PRESENTARE:

- certificato di residenza,
- fotocopia codice fiscale,
- fotocopia documento di identificazione,
- tessera sanitaria in originale,
- Tesserino esenzione ticket,
- Fotocopia verbale invalidità,
- Green pass rafforzato.

DATI ANAGRAFICI PARENTI/O FAMILIARI E/O ENTI DI RIFERIMENTO:

1. Cognome _____ Nome _____
Residenza _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n° _____
Titolo di parentela _____
Telefono _____ Cell _____
E-mail _____

2. Cognome _____ Nome _____
Residenza _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n° _____
Titolo di parentela _____
Telefono _____ Cell _____
E-mail _____

N.B. Ogni variazione dei recapiti sopra indicati dovrà essere tempestivamente comunicata ai competenti uffici dell'Ente; in difetto, questa Amministrazione sarà sollevata da ogni responsabilità per caso di impossibilità a contattare il parente di riferimento.

L'IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA RETTA VIENE RIFERITO ED E' ASSUNTO DA:

(in caso di assunzione da parte di persone/Enti diversi da chi presenta la domanda, si prega di allegare impegno firmato)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____
Residente _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n° _____
In veste di _____
Tel. _____ Cell. _____
E-mail _____

CHE ACCETTA ALTRESI':

- a) eventuali aumenti che potranno essere apportati alle rette;
- b) la retta mensile dovrà essere versata anticipatamente. L'eventuale impegno camera, in attesa del ricovero dell'ospite, dovrà essere pagato anticipatamente e conguagliato all'ingresso, tenendo conto del bisogno assistenziale e del tipo di camera.
- c) non si farà luogo ad alcun parziale rimborso di retta nel caso di dimissione o decesso prima della scadenza della mensilità anticipatamente corrisposta, le assenze senza lasciare libera la camera o il posto non daranno diritto ad alcun rimborso di retta;
- d) il trasferimento/dimissione dell'Ospite qualora lo stato del medesimo non fosse compatibile con le esigenze dell'Istituto, il trasferimento potrà avvenire, dietro motivata decisione della Direzione, anche all'interno della Struttura, a diverso reparto e/o a diversa camera;
- e) il richiedente prima dell'accettazione dovrà essere sottoposto a visita medica sanitaria da parte del Medico responsabile dell'Ente, se ritenuto idoneo, presenterà la documentazione richiesta (solo per RSA);
- f) per l'assistenza medico sanitaria provvederà direttamente la Fondazione stessa avvalendosi del Medico e del personale sanitario (solo RSA);
- g) la Fondazione entro 30 giorni dall'ingresso provvederà ad iscrivere l'ospite nella convivenza anagrafica dell'Ente con il relativo trasferimento di residenza al Comune di Campospinoso.
- h) le disposizioni regolamentari dell'Istituto;
- i) di liberare, sin d'ora, l'Amministrazione da ogni responsabilità in merito a furti e/o smarrimenti di oggetti, indumenti o somme di denaro in dotazione e/o a corredo dell'Ospite.
- j) di comunicare il nominativo della persona preposta all'eventuale assistenza integrativa, la quale dovrà essere autorizzata dall'Ente.

N.B. Eventuali dimissioni dell'Ospite devono essere comunicate alla Direzione, con un preavviso di 10 giorni. L'Ente si riserva di procedere alle dimissioni d'ufficio dell'Ospite, qualora le condizioni del medesimo si rivelassero inconciliabili con le esigenze della vita comunitaria.

Dichiara di aver ricevuto copia della Carta dei Servizi.

Firma

FONDAZIONE PORTA SPINOLA ARNABOLDI "O.N.L.U.S."

P.zza Giovanni Paolo II, 1 – 27040 Campospinoso

Cod. Fisc. 84000520183

P.I. 01746020187

RETTE IN R.S.A. PER I NUOVI INGRESSI

IMPORTO MENSILE
€ 2.050,00
€ 2.150,00

FONDAZIONE PORTA SPINOLA ARNABOLDI "O.N.L.U.S."

P.zza Giovanni Paolo II, 1 – 27040 Campospinoso

Cod. Fisc. 84000520183

P.I. 01746020187

RETTE IN CASA ALBERGO ARCOBALENO PER I NUOVI INGRESSI

TIPO CAMERA	IMPORTO MENSILE
CAMERA SINGOLA CON SERVIZI	€ 2.150,00
CAMERA SINGOLA SENZA SERVIZI	€ 2.050,00
CAMERA A DUE LETTI CON SERVIZI	€ 2.050,00 A POSTO LETTO

FONDO PERDUTO

€ 250,00

Dotazione di ingresso biancheria ospite**ELENCO DOTAZIONE BIANCHERIA DELL'OSPITE ALL'INGRESSO**

Ospite Sig./Sig.ra _____

Data di ingresso _____

Dotazione richiesta all'ingresso	DESCRIZIONE	COLORE	NUMERO	STATO DI CONSERVAZIONE	INTEGRAZIONE NECESSARIA
7	mutande				
7	maglia intima				
5	calze di cotone				
5	pigiama intero				
5	camicia da notte				
5	camicia uomo/polo				
5	camicetta donna				
5	maglioni/felpe				
2	golf aperto				
4	pantalone				
	pantalone tuta				
	gonna				
	vestito				
1	Asciugamano viso e ospite				
3	bavaglie di spugna				
5	tuta completa				
1	pantofole o ciabatte				
	EVENTUALI				
3	reggiseno				
3	sottoveste				
	giacca				
	fazzoletti				
	foulard/scialle				
	scarpe aperte				
1	BUSTINA contenente: 1 rasoio 1 pettine 1 forbicina				

Da compilare a cura dell'ASA al momento dell'ingresso**Dotazione completa?****si****no****Firma ASA****Firma del parente di riferimento**

Informazioni sulle condizioni di salute

del/lla Sig./ra _____ nato/a

il _____ al fine della valutazione della possibilità di inserimento in:

RSA

N.B. da compilare a cura del medico curante e da consegnare in busta chiusa allegata alla domanda di ricovero

Attualmente il/la sig./ra si trova:

- al proprio domicilio al domicilio di parenti
 ricoverato/a presso

Rep. _____ n. tel. _____

Medico di reparto _____ Caposala _____

MOBILITA'

- si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore)
 compie questi trasferimenti solo se aiutato ma non tenta di alzarsi
 si sposta solo in carrozzina
 allettato
 è in trattamento riabilitativo FKT (_____)
_____)

RESPIRAZIONE

- tracheostomia
 ossigenoterapia
 ventilazione polmonare assistita

CONTINENZA FECI E URINE

- continente
 incontinenza fecale
 incontinenza urinaria
 catetere vescicale (ultimo cambio il _____)
 stomia (_____)

DEFICIT VISIVI

- No Si corretto con lenti cecità completa

DEFICIT UDITIVI

- No Si corretto con protesi sordità completa

LESIONI DA DECUBITO

Sede _____ Stadio _____

ULCERE VASCOLARI

Sede _____ Stadio _____

STATO MENTALE

- vigile ed attento
 vigile ed attento con periodi di ansia e depressione
 disorientamento tempo/spazio
 deliri
 allucinazioni
 agitato
 auto aggressività
 etero aggressività
 vagabondaggio
 urla, lamentazioni o vocalismi ripetitivi
 inversione ritmo sonno-veglia
 coma o stato vegetativo

Precedenti ricoveri in reparti psichiatrici

- No
 Si presso

_____ in cura presso il Servizio psichiatrico di

ALIMENTAZIONE

- senza assistenza
 assistenza per tagliare
 deve essere imboccato
 necessita cibi frullati od omogeneizzati
 rifiuto del cibo
 alimentaz. artificiale tramite sonda naso gastr.
 alimentaz. artificiale tramite PEG
 alimentaz. artificiale parenterale
 stato nutrizionale soddisfacente
 malnutrizione
 obesità

PATOLOGIE IN ATTO

CUTE	
CARDIOCIRCOLATORIO	
RESPIRATORIO	
URINARIO	
DIGERENTE	
OSTEOARTICOLARE	
NEUROLOGICO	
ENDOCRINO	
EMOPOIETICO	
MALATTIE INFETTIVE	
MALATTIE PARASSITARIE	
ALLERGIE	

TERAPIE IN ATTO (indicare farmaco e posologia)

- Si allega ultima lettera di dimissione e/o cartella clinica di ricovero ospedaliero (in atto o precedente)
- Si allegano accertamenti ematochimici di routine (emocromo, glicemia, azotemia, creatinina, transaminasi, etf sieroproteica) datati una settimana prima della domanda.
- Si allegano esami strumentali e reperti specialistici effettuati ed eventuali dimissioni da strutture ospedaliere.

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO



CASA ALBERGO ARCOBALENO

FONDAZIONE PORTA SPINOLA ARNABOLDI O.N.L.U.S.

Piazza Giovanni Paolo II, 1 - 27040 CAMPOSPINOSO (PV)

Sig./ranato/a il

Relazione del MMG o dello specialista curante

Problematiche sociali

- Abitazione non adeguata
- Solitudine o emarginazione
- Criticità del sistema di accudimento familiare

Grado di autonomia

Alimentazione Completamente dipendente Necessità di aiuto per tagliare, versare,... Indipendente	0 1 2	Trasferimenti (letto-sedia/carrozzina e ritorno) Dipendente, non controlla il tronco da seduto Necessità di molto aiuto (1 o 2 persone) Necessità di poco aiuto verbale o fisico Indipendente	0 1 2 3
Pulizia del mattino Completamente dipendente Necessità di aiuto Indipendente per viso, mani, denti o dentiera, pettinarsi, radersi	0 1 2	Uso del W.C. Dipendente Necessità di qualche aiuto Indipendente	0 1 2
Fare il bagno Dipendente Necessità di aiuto Indipendente (anche in doccia)	0 1 2	Mobilità Non è in grado di spostarsi Indipendente con la carrozzina Cammina con l'aiuto, verbale e fisico, di una persona Indipendente	0 1 2 3
Scale Completamente dipendente Necessità di aiuto Indipendente	0 1 2	Vestirsi Dipendente Necessità di aiuto Indipendente (compresi lacci, bottoni, lampo.)	0 1 2
Alvo Incontinente (o è necessario clistere fatto dall'assistente) Incontinenza occasionale (una volta a settimana) Continente	0 1 2	Vescica Incontinenza o cateterizzato da altri Incontinenza occasionale (meno di una volta nelle 24 h) Continente	0 1 2

Si certifica che il paziente:

- non ha limitazioni delle funzioni mentali superiori;

Eventuali terapie farmacologiche in atto

.....
.....
.....
.....

data.....

Il Medico di Medicina Generale/il medico specialista
Dott.