



RSA - CDI - CA  
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

## DOMANDA DI AMMISSIONE

Il /la sottoscritta/o \_\_\_\_\_

oppure

Il /la sottoscritta/o \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

### PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO:

R.S.A.

CDI

COMUNITA' ALLOGGIO

### Dati anagrafici della persona interessata all'ammissione

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

ASL/ATS di appartenenza \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

coniugato     vedovo     separato     divorziato     celibe/nubile

n. figli maschi \_\_\_\_\_ n. figli femmine \_\_\_\_\_

### Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

grado di parentela con l'ospite/utente \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_



RSA - CDI - CA  
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### Altri referenti per la persona da contattare

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

grado di parentela con l'ospite/utente \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

grado di parentela con l'ospite/utente \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

In merito alla domanda di ammissione dichiara:

- di aver preso atto dell'ammontare della retta di degenza;
- ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 "Codice in materie di protezione dei dati personali", di aver preso atto dell'informativa al trattamento dei dati personali in allegato alla presente domanda e di esprimere il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei medesimi, ed in particolare di quelli considerati sensibili dall'art. 22 della medesima legge, o che possano costituire oggetto di trattamento per le finalità di una corretta gestione dei rapporti intercorrenti con altre istituzioni, sempre nei limiti, per le finalità e la durata precisati nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente

\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

PROT. N. \_\_\_\_\_



RSA – CDI -CA  
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### **D.Lgs. 196/03**

#### **INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

*- Allegata alla domanda di ammissione -*

Le comunichiamo che, per l'instaurazione e la gestione della sua assistenza presso questo Ente, questa Amministrazione entrerà in possesso di dati personali Suoi e dei Suoi famigliari dal momento della presentazione della domanda di ammissione.

La informiamo pertanto che tali dati saranno trattati con il supporto di mezzi cartacei, informatici e telematici per la gestione dei rapporti con questo Ente, con gli Enti di previdenza ed assistenza, con l'Amministrazione dello Stato, con la Regione, la Provincia, il Comune, con gli Istituti di Credito per il pagamento delle rette di degenza, nonché con altre Persone ed Enti preposti al fine di adempiere a tutti gli obblighi legali, sanitari, assistenziali e statistici connessi.

Il conferimento dei dati è doveroso per quanto è richiesto dai predetti obblighi e pertanto, l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può comportare l'impossibilità per l'Ente di dare esecuzione all'ammissione, o di svolgere correttamente tutti gli adempimenti connessi al rapporto d'assistenza.

L'Ente potrà trattare dati che la Legge definisce "sensibili" in quanto idonei a rilevare ad esempio:

- a) lo stato di salute;
- b) l'origine razziale ed etnica;
- c) le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere;
- d) l'adesione a Partiti, Sindacati, Associazioni od Organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale.

Tutti i dati predetti e gli altri costituenti il Suo rapporto d'assistenza con questo Ente verranno conservati, anche dopo la cessazione del rapporto medesimo, per l'espletamento di tutti i residui adempimenti connessi o derivanti dalla conclusione stessa.

Salvo che per la gestione sanitaria, per la quale i Medici della Struttura compileranno un diario clinico soggetto al segreto professionale, responsabile per questo Ente del trattamento dei Suoi dati personali è:

Dott. Simone Tiglio che, ai fini del D.Lgs. 196/03, ha il seguente indirizzo: via V. Emanuele 41- c/o Municipio – 27059 – Zavattarello - PV

#### *Art. 7*

*(Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)*

1. *L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.*

2. *L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:*

- a) *dell'origine dei dati personali;*
- b) *delle finalità e modalità del trattamento;*
- c) *della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
- d) *degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;*
- e) *dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*

3. *L'interessato ha diritto di ottenere:*

- a) *l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;*
- b) *la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;*
- c) *l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*

4. *L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:*

- a) *per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*
- b) *al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.*

Il Legale Rappresentante dell'Ente  
Titolare del Trattamento  
Il Sindaco  
Dott. Simone Tiglio

Data \_\_\_\_\_

Firma per il consenso

\_\_\_\_\_



RSA - CDI - CA  
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### IMPEGNATIVA - OBBLIGAZIONE AL PAGAMENTO DELLA RETTA

Il/la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

grado di parentela con l'ospite/utente \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

in relazione alla domanda di ammissione del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

### IMPEGNA SE STESSO E GLI EREDI

1. al pagamento mensile della retta di degenza in vigore per le UdO con le modalità previste dai Regolamenti Interni;
2. al pagamento degli aumenti delle rette giornaliere che verranno eventualmente stabiliti dalla Giunta Comunale;
3. al versamento del deposito per eventuali spese riguardanti la cura della persona o eventuali particolari esigenze dell'ospite/utente;
4. al pagamento delle spese non ricomprese nella retta di degenza quali le spese di trasporto per visite specialistiche ed indagini diagnostico-strumentali fuori sede, ritenute utili dal responsabile medico.

### DICHIARA

- che quanto sopra avrà effetto dalla data di ammissione dell'ospite/utente;
- che l'impegnativa sarà valida per tutta la durata della degenza dell'ospite/utente.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante per esteso e leggibile

\_\_\_\_\_



RSA - CDI - CA  
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### ELENCO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE

- fotocopia carta d'identità
- fotocopia codice fiscale
- fotocopia tessera sanitaria (CRS)
- fotocopia tesserino esenzione ticket
- fotocopia del verbale o domanda di invalidità
- certificato di residenza o dichiarazione sostitutiva ex art. 47 DPR 28.12.2000 n. 45
- consenso al trattamento dei dati personali
- impegnativa al pagamento della retta
- copia decreto di nomina amministratore di sostegno/tutore/curatore se presente
- relazione sanitaria a cura del Medico Curante
- relazione assistenziale (da compilarsi da parte di chi assiste la persona)
- questionario sociale

Al momento dell'ingresso in struttura l'ospite dovrà consegnare copia della documentazione sanitaria recente in suo possesso (a titolo esemplificativo e non esaustivo: ricoveri ospedalieri, visite specialistiche, esami ematici, coprocultura, referti radiologici, ECG ecc.)

### DA COMPILARSI A CURA DEL RESPONSABILE SANITARIO

### PARERE DEL MEDICO RESPONSABILE SULLA DOMANDA DI AMMISSIONE

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, Medico della RSA "Casa di Riposo" - CDI del Comune di Zavattarello, in merito alla domanda di ammissione del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ esprime il seguente parere:

- soggetto idoneo alla struttura
- classe SOSIA presunta \_\_\_\_\_
- soggetto non idoneo alla struttura

OSSERVAZIONI - NOTE

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma



RSA - CDI - CA  
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### RELAZIONE ASSISTENZIALE

(da compilarsi a cura di chi assiste la persona)

Il soggetto che richiede l'ingresso in struttura attualmente:

- vive solo
- familiari conviventi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- presenza badante/assistente familiare
- usufruisce di A.D.I./S.A.D/voucher/altri servizi (specificare quali e monte ore settimanale)  
\_\_\_\_\_
- ricoverato presso altra RSA
- degente/ricoverato presso presidio ospedaliero di \_\_\_\_\_

### TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- è indipendente

### DEAMBULAZIONE

- dipendente rispetto alla locomozione
- necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione
- cammina senza aiuto



RSA – CDI -CA  
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto ecc.
- riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi
- autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo, di percorrere almeno 50 metri

### IGIENE PERSONALE

- incapace di provvedere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti
- necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- è in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o durante l'operazione da eseguire
- è capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

### ALIMENTAZIONE

- deve essere imboccato
- riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva
- riesce ad alimentarsi sotto supervisione, l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- totale indipendenza nel mangiare



RSA - CDI - CA  
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### CONFUSIONE

- è completamente confuso, sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- è chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- è in grado di pensare chiaramente

### IRRITABILITA'

- qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- non mostra segni di irritabilità, è calmo

### IRREQUIETEZZA

- cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi
- appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione
- mostra ogni tanto segni di irrequietezza
- non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

IL COMPILATORE:

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

IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma compilatore  
\_\_\_\_\_



RSA - CDI - CA  
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### QUESTIONARIO SOCIALE

MOTIVO DELLA DOMANDA	INIZIATIVA DELLA DOMANDA
<input type="checkbox"/> perdita autonomia fisica/psichica	<input type="checkbox"/> la persona stessa
<input type="checkbox"/> la famiglia non è in grado di provvedere	<input type="checkbox"/> familiari o affini
<input type="checkbox"/> vive da solo	<input type="checkbox"/> assistente sociale o altri servizi
<input type="checkbox"/> alloggio non idoneo	<input type="checkbox"/> medico curante
<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> ads, tutore o curatore
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> altro

ATTUALMENTE LA PERSONA	SERVIZI ATTIVI
<input type="checkbox"/> vive sola	<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare (ADI o SAD)
<input type="checkbox"/> vive con il coniuge/familiari	<input type="checkbox"/> assistenza fisioterapica
<input type="checkbox"/> presenza di badante	<input type="checkbox"/> assistenza infermieristica
<input type="checkbox"/> ricoverato in ospedale	<input type="checkbox"/> buono sociale
<input type="checkbox"/> ricoverato in RSA	<input type="checkbox"/> nessuno
<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> altro

INVALIDITA'	ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO
<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si
<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> in accertamento	<input type="checkbox"/> in accertamento

GRADO DI ISTRUZIONE	PROFESSIONE
<input type="checkbox"/> analfabeta	<input type="checkbox"/> agricoltore
<input type="checkbox"/> licenza elementare	<input type="checkbox"/> casalinga
<input type="checkbox"/> media inferiore	<input type="checkbox"/> impiegato/operaio
<input type="checkbox"/> media superiore	<input type="checkbox"/> libero professionista
<input type="checkbox"/> laurea	<input type="checkbox"/> pensionato che non ha mai lavorato
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> altro

DOMICILIO UBICAZIONE	SITUAZIONE PENSIONISTICA
<input type="checkbox"/> piano terra	<input type="checkbox"/> anzianità/vecchiaia
<input type="checkbox"/> piani rialzati	<input type="checkbox"/> sociale
<input type="checkbox"/> presenza ascensore	<input type="checkbox"/> tipologia speciale (guerra ecc.)
<input type="checkbox"/> abitazione su più livelli con scale	<input type="checkbox"/> reversibilità
<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> invalidità

Data \_\_\_\_\_

Firma compilatore  
\_\_\_\_\_



RSA - CDI - CA  
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

## DOMANDA DI AMMISSIONE

**DA COMPILARSI PER I RICHIEDENTI CDI**

In riferimento alla domanda di ammissione al Centro Diurno Integrato, presa visione della Carta dei Servizi CDI, si richiede la frequenza:

- dal lunedì al venerdì
- per n. \_\_\_\_\_ giorni a settimana
- giornata completa (dalle ore 09 alle ore 19)
- mezza giornata (mattina o pomeriggio)

Durante le ore di presenza in CDI l'utente deve assumere terapia farmacologica

- si
- no

Data \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente  
\_\_\_\_\_