

***Villa Puricelli***  
***R.S.A. Casa Cardinal G. Lercaro***  
***Casa Albergo Villa Puricelli***  
*Piazza Puricelli, 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)*

## **SCHEDA DI INSERIMENTO**

**SCHEDA DI INSERIMENTO**

	R.S.A.
	CASA ALBERGO

**CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

Informazioni anagrafiche		
Nome ..... Cognome ..... C.F. ....		
Nato a ..... il ...../...../..... Residente a ..... via/piazza ..... n°.....		
Parte per il medico curante	Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)	
	Vaccinazione anti COVID-19  1° dose data: ..... 2° dose data: ..... 3° dose data: ..... Esente, motivo: ..... Non vaccinato: .....	
	Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse	
	Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti	
	Dispositivi in uso	Catetere vescicale ..... Sondino naso gastrico ..... PEG ..... Catetere Venoso Centrale ..... Pace – maker ..... IDC (defibrillatore) ..... Traceostomia ..... Stomie ..... Broncoaspirazione ..... Porth-a-cath ..... Ossigeno terapia (ossigeno liquido, concentratore, stroller, altro) ..... Ventilatore sindrome apnee notturne del sonno ..... Ventilatore per insufficienza respiratorie gravi .....
	Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesioni da decubito</li> <li>Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)</li> </ul>	

**Villa Puricelli**  
**R.S.A. Casa Cardinal G. Lercaro**  
**Casa Albergo Villa Puricelli**  
Piazza Puricelli, 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)

	Nome..... Cognome .....	
Parte per il medico curante	<b>Terapia in atto</b> Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore ( <i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i> ), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro)	
	<b>Allergie</b>	
	Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	<b>Interventi programmati</b> necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si specificare ..... ..... .....
	Stato nutrizionale	<input type="radio"/> Nella norma <input type="radio"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi  Note ..... ..... .....
	Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="radio"/> <b>Stabile</b>
<input type="radio"/> <b>Moderatamente stabile</b>		con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
<input type="radio"/> <b>Moderatamente instabile</b>		con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
<input type="radio"/> <b>Instabile</b>		con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
<input type="radio"/> <b>Acuzie</b>		con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani
<b>Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo</b>		<i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</i> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <i>Si richiede visita domiciliare</i> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

data

firma

.....

.....

**SCHEDA DI INSERIMENTO**

	RSA
	CASA ALBERGO

**A cura della famiglia / caregiver**

<b>Parte per la famiglia / caregiver</b>	Informazioni anagrafiche	Nome ..... Cognome ..... C.F. .... Nato a ..... il ...../...../..... Residente a ..... via/piazza..... n° .....
	Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato ..... Pensione SI NO - Ente erogatore ..... Invalidità SI NO - Codice Invalidità.....
	Modalità di gestione del reddito	<input type="radio"/> Anziano stesso <input type="radio"/> Familiare <input type="radio"/> Amministratore <input type="radio"/> Altro
	Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
	Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa ..... tel. ....
	Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
	Provenienza Domicilio; Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
	Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	<input type="radio"/> temporaneo <input type="radio"/> definitivo <input type="radio"/> altro
	Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
	Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro)  Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
	Diete particolari	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si - specificare
	Comportamenti autolesivi	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si - specificare
	Fumo	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
Alcool	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	

**Villa Puricelli**  
**R.S.A. Casa Cardinal G. Lercaro**  
**Casa Albergo Villa Puricelli**  
Piazza Puricelli, 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)

<b>Parte per la famiglia / caregiver</b>	Nome..... Cognome .....	
	Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
	Capacità di nutrirsi:	<input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="radio"/> Deve essere imboccato
	Masticazione:	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Difficoltà per cibi duri <input type="radio"/> Mangia solo cibi molli <input type="radio"/> Non si alimenta per bocca
	Protesi dentaria:	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì e la usa <input type="radio"/> Sì ma non la usa
	Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Parzialmente autonomo <input type="radio"/> Non autonomo
	Bagno / doccia	<input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Parzialmente autonomo <input type="radio"/> Non autonomo
	Continenza vescicale	<input type="radio"/> Continente <input type="radio"/> Non continente <input type="radio"/> Uso di pannoloni <input type="radio"/> Catetere
	Continenza intestinale	<input type="radio"/> Continente <input type="radio"/> Non continente <input type="radio"/> Uso di pannoloni <input type="radio"/> Stomia
	Uso dei servizi igienici	<input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Parzialmente autonomo <input type="radio"/> Non autonomo
	Capacità di vestirsi	<input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Parzialmente autonomo <input type="radio"/> Non autonomo
	Vista	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Con lenti <input type="radio"/> Cecità
	Udito	<input type="radio"/> Integro <input type="radio"/> Con ausilio <input type="radio"/> Sordità
	Capacità di leggere	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	Capacità di scrivere	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Linguaggio	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Alterato	

**Villa Puricelli**  
**R.S.A. Casa Cardinal G. Lercaro**  
**Casa Albergo Villa Puricelli**  
Piazza Puricelli, 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)

Nome..... Cognome .....	
Mobilità	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Con ausilio <input type="radio"/> Protesi <input type="radio"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Con ausilio <input type="radio"/> Non in grado
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Con aiuto <input type="radio"/> Non in grado
Uso della sedia a rotelle	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si      autonomo nell'uso <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Ausili utilizzati	<input type="radio"/> Nessuno <input type="radio"/> Si    Specificare quali..... ..... <input type="radio"/> Di proprietà <input type="radio"/> Fornito da ..... Il .... / .... / .....
Accetta la terapia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Assume la terapia autonomamente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Sonno - riposo	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Disturbato <input type="radio"/> Insonnia
Aggressività	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A volte
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="radio"/> Si – n°..... <input type="radio"/> No
Utilizza una contenzione	<input type="radio"/> Si – specificare ..... <input type="radio"/> No
Previsione di contatti con il paziente (es, n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

**Parte per la famiglia / caregiver**

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.

data

firma

.....

.....