

Direzione di Distretto
San Benedetto del Tronto

DOMANDA DI AMMISSIONE

Strutture residenziali e semiresidenziali

(Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA/RSAD) - Residenza Protetta (RP/RPD)

Centro Diurno Alzheimer - Centro Diurno Anziani

Al PUA - Punto Unico di Accesso

c/o Distretto Sanitario

Corpo F piano 0

63074 San Benedetto del Tronto

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (AP) in via _____ n. ____

Codice Fiscale _____ Tel _____ Cell. _____

e-mail _____

CHIEDE L'AMMISSIONE IN

☐ CENTRO SEMIRESIDENZIALE	☐ CENTRO RESIDENZIALE
- Centro Diurno Alzheimer - San Benedetto del Tronto	- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
- Centro Diurno Anziani - San Benedetto del Tronto	- Residenza Protetta (RP)
	- Residenza Protetta Demenze (RPD)
	- Residenza Sanitaria Assistenziale Demenze (RSAD)

☐ Per se medesimo

oppure

☐ Per _____ grado di parentela _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (AP) in via _____ n. ____

Codice Fiscale _____ Tel _____ Cell. _____

Pagamento retta:

☐ Retta a TOTALE carico del richiedente

☐ Retta a PARZIALE carico del richiedente (la domanda di integrazione retta va presentata al Comune di residenza del destinatario del servizio)

Consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali ai soli fini dello svolgimento del procedimento per l'ottenimento del servizio semiresidenziale/residenziale ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

Allega alla presente:

- richiesta di attivazione del Medico di Medicina Generale e/o Specialista di riferimento
- copia del documento di identità del richiedente

Luogo e Data _____

IL RICHIEDENTE

(firma leggibile)

PUA - Punto Unico di Accesso

Via Romagna, 7 - San Benedetto del Tronto, Tel. 0735 793604, fax 0735 793614
mail - puasbt.av5@sanita.marche.it



ATTIVAZIONE SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI
PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DEL MMG E AUTORIZZAZIONE DELL'UVD
VALUTAZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE

Al Direttore di Distretto
Ufficio Protocollo A.V.5

Assistito del dott. (MMG): _____

Tel: _____

(Scrivere in stampatello maiuscolo)

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI

Cognome: _____	Nome: _____
Data di nascita: ____/____/____	Comune di nascita: _____
Sesso ☐ M ☐ F	Cod. Sanit.: _____
Telefono: _____	
Comune di residenza: _____	Via: _____ N. _____
Domiciliato presso: _____	Telefono: _____
Persona di riferimento: _____	Telefono: _____

NECESSITA DI:

☐ - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

☐ Centri Diurni

☐ - Residenza Protetta (RP)

SEZIONE B - AUTOSUFFICIENZA (compilare da parte del MMG)

☐ - persona non autosufficiente	☐	Punteggio scale VMD-RUG		
☐ - persona parzialmente autosufficiente		Compilare da parte dell'UVD		
☐ - persona con limitazione lieve dell'autosufficienza	☐	ADL		
☐ - persona autosufficiente ma in situazione di rischio socio-sanitario		IADL		
		SPMSQ		
		FIM		
		RUG		

SEZIONE C - PATOLOGIE: (Compilare da parte del MMG)

N.B.: Indicare le categorie diagnostiche dell'ICD 9 CM, numerandole secondo un ordine decrescente di carico assistenziale.

O - Malattie infettive e parassitarie	O - Malattie del sistema genito-urinario
O - Tumori	O - Complicanze gravidanza, parto, puerpero
O - Malattie endocrine, nutriz., metab.,immunitarie	O - Malattie della cute e sottocute
O - Malattie di sangue e organi ematopoietici	O - Malattie del sistema muscolo-scheletrico
O - Disturbi psichici	O - Malformazioni congenite
O - Malattie del sistema nervoso e organi di senso	O - Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti
O - Malattie del sistema cardiovascolare	O - Traumatismi*, ustioni e avvelenamento
O - Malattie del sistema respiratorio	O -
O - Malattie dell'apparato digerente	O -

* N.B.: le fratture patologiche vanno indicate tra le malattie del sistema muscolo-scheletrico

SEZIONE D - PROBLEMI SANITARI (Compilare da parte del MMG)

DIAGNOSI DETTAGLIATA PER PROBLEMI SANITARI ATTIVI E TERAPIA FARMACOLOGICA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.**SEZIONE E - IMPOSSIBILITA A DEAMBULARE** (Compilare da parte del MMG)

O - Impossibilitate permanentă a deambulare	O - Impossibilitate temporară a deambulare
---	--

O - Impossibilit  temporanea a deambulare

Descrizione dettagliata:

Fornitura di ausili e presidi sanitari:

SEZIONE F - L'assistito presenta la seguente situazione socio-assistenziale (compilare da parte del MMG)

CON CHI VIVE:	O - Solo	O - Con il coniuge	O - Con i figli	O - Con altri
---------------	----------	--------------------	-----------------	---------------

SITUAZIONE FAMILIARE ED ASSISTENZIALE RILEVATA:

O - SITUAZIONE IDONEA:	convive con i familiari che lo curano, è seguito dai familiari con i rapporti quotidiani o frequenti
------------------------	--

O - PARZIALMENTE IDONEA: ha assistenza saltuaria e/o insufficiente dei familiari/vicini/volontariato

O - NON IDONEA: privo di assistenza dai parenti, rapporti con il vicinato e/o volontariato nulli

Si allegano:

DATA:

11

Timbro e firma del MMG

N.B.: La data e firma del MMG / Specialista

SEZIONE G - PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI

Indagine conoscitivo/valutativa da parte dell'assistente sociale

SEZIONE I - PIANO ASSISTENZIALE
--

Diagnosi infermieristica: (descrizione dei problemi assistenziali rilevati dalla scheda infermieristica di accertamento allegata.)

Obiettivi assistenziali: (descrizione dei possibili miglioramenti in base ai problemi assistenziali sopra indicati)

Descrizione degli interventi assistenziali: (da effettuare per i problemi assistenziali individuati)

Firma infermiere: _____