

MODELLO UNICO

PER INSERIMENTO NELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE E ASSISTENZIALI GESTITE DALLA COOPERATIVA SOCIALE SAN MICHELE

Questo modello consente l'ammissione nelle liste di attesa delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali gestite dalla San Michele Società cooperativa sociale di Tirano.

L'interessato può indicare più di una struttura nella cui lista d'attesa desidera essere inserito e può contemporaneamente presentare domanda presso altri soggetti gestori di strutture analoghe. I criteri di ammissione a ciascuna struttura sono indicati nella carta dei servizi che l'interessato può consultare sul sito internet della cooperativa.

La compilazione del presente modello di domanda presuppone la conoscenza e l'accettazione delle regole di gestione delle ammissioni adottate da ciascuna struttura.

Una volta accolto in una struttura, l'utente può decidere se rimanere o meno inserito nella lista d'attesa degli altri soggetti gestori di strutture analoghe.

Il modulo si compone di tre parti:

- i primi due fogli contengono notizie anagrafiche e devono essere compilate dall'interessato ovvero dall'amministratore di sostegno, dal tutore o dal rappresentante unico della famiglia dell'interessato all'ammissione;
- il terzo foglio contiene l'informativa su trattamento dei dati personali, il rilascio del consenso e il consenso al trattamento sanitario;
- gli altri fogli consentono l'inquadramento clinico funzionale e devono essere compilati dal medico.

Alla Direzione della Struttura:

- RESIDENZA SANITARIO – ASSISTENZIALE PER PERSONE CON DISABILITÀ “TIRANO”*
- CENTRO DIURNO DISABILI “CHIARA BOSATTA” - TIRANO*
- CENTRO DIURNO DISABILI “SAN MICHELE” - TIRANO*
- COMUNITÀ SOCIO SANITARIA PER PERSONE CON DISABILITÀ “LA SORGENTE” - VALDISOTTO*
- CENTRO SOCIO EDUCATIVO “LA SORGENTE” - VALDISOTTO*

DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**TIPOLOGIA ASSISTENZIALE RICHIESTA**

Ricovero ordinario Ricovero temporaneo – periodo _____

Pensione tipo Anzianità / Vecchiaia Reversibilità Invalidità civile

Nessuna pensione Altro _____

Invalidità civile In corso Riconosciuta al _____% Domanda non presentata

Assegno di accompagnamento Non riconosciuto Riconosciuto In attesa Domanda non presentata

Provenienza Utente

dal domicilio: Usufruisce di SAD ADI

in dimissione da struttura psichiatrica

in dimissione da struttura sanitaria

in dimissione da Istituto di riabilitazione

in dimissione da altro regime o tipologia:

Residenza Sanitario-Assistenziale per Disabili RSD

Centro Diurno Disabili

Comunità Socio Sanitaria per Disabili

Comunità Alloggio per Disabili

Centro Socio Educativo – CSE

Altro _____

CHIEDE

che la proposta di ammissione venga comunicata al seguente numero telefonico (indicare numeri che consentano la pronta reperibilità):

Tel. _____ del Sig./ra _____
in qualità di _____

Tel. _____ del Sig./ra _____
in qualità di _____

DICHIARA

di avere preso conoscenza delle procedure di ammissione previste dai **regolamenti** delle singole strutture per le quali presenta la domanda di ingresso e di accettarle;

di accettare espressamente i criteri di formazione delle graduatorie, i termini di scadenza per l'accettazione della proposta di ingresso, le modalità di cancellazione della domanda dalla lista di attesa per rinuncia tacita o espressa all'ingresso.

PRENDE ATTO

che l'inserimento nella struttura prescelta determinerà l'obbligo alla corresponsione di una retta nell'importo stabilito dalle singole strutture

che l'ammissione è subordinata alla formale presenza di un legale rappresentante, quale tutore o amministratore di sostegno

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente le eventuali modifiche della situazione socio-sanitaria o dei dati indicati nella domanda, nonché l'eventuale ritiro della domanda stessa.

Data

Firma

**DATI CLINICI RELATIVI ALL'OSPITE****- AREA AUTONOMIA -**

1. ALIMENTAZIONE	
Indipendente	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto	<input type="checkbox"/>
Dipendente (deve essere imboccato o alimentato)	<input type="checkbox"/>
2. BAGNO-DOCCIA	
Indipendente	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto	<input type="checkbox"/>
Dipendente	<input type="checkbox"/>
3. IGIENE PERSONALE	
Indipendente	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto	<input type="checkbox"/>
Dipendente (sostituzione – aiuto – supervisione)	<input type="checkbox"/>
4. VESTIRSI	
Indipendente	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto	<input type="checkbox"/>
Dipendente	<input type="checkbox"/>
5. CONTINENZA INTESTINALE	
Continente - autonomo nell'uso di clisteri	<input type="checkbox"/>
Occasionale incontinenza – aiuto per clisteri	<input type="checkbox"/>
Incontinente	<input type="checkbox"/>
6. CONTINENZA URINARIA	
Continente – gestione autonoma di dispositivo esterno	<input type="checkbox"/>
Occasionale incontinenza – aiuto per dispositivo esterno	<input type="checkbox"/>
Incontinente	<input type="checkbox"/>
7. USO DEL WC	
Indipendente (per uso wc o padella/pappagallo)	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto	<input type="checkbox"/>
Dipendente	<input type="checkbox"/>
8. TRASFERIMENTI LETTO - SEDIA - CARROZZINA	
Indipendente	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto o supervisione	<input type="checkbox"/>
In grado di sedersi ma richiede assistenza per trasferirsi	<input type="checkbox"/>
Incapace (non equilibrio da seduto)	<input type="checkbox"/>
9. DEAMBULAZIONE	
Indipendente (può usare ausili)	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto di una persona	<input type="checkbox"/>
Indipendente con carrozzina	<input type="checkbox"/>
Non deambula	<input type="checkbox"/>
10. FARE LE SCALE	
Indipendente (può usare ausili)	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto o supervisione	<input type="checkbox"/>
Incapace	<input type="checkbox"/>



- AREA SANITARIA -

1. EVENTO INDICE (es. CAUSA DI DISABILITA') – data evento: ____/____/____

.....

.....

.....

2. COMORBOSITA' SIGNIFICATIVE

.....

.....

3. PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

4. PATOLOGIE INFETTIVE

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

5. SINDROMI

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....



6. PATOLOGIE NEUROLOGICHE

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

7. PATOLOGIE PSICHIATRICHE

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

8. PATOLOGIE DELL'APPARATO URINARIO

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

9. DISFAGIA

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

10. SONDE/CATETERI/STOMIE

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

11. ABUSO DI SOSTANZE (attuale o pregresso)

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

12. UTILIZZO DI AUSILI PER LA RESPIRAZIONE

- SI
- NO
- QUALI:

.....

.....

.....

13. TERAPIA FARMACOLOGICA

- SI
- NO
- MODALITA' DI ASSUNZIONE (OS I.M- E.V S.C-
- ALTRO.....)

14. CAPACITA' DI ASSUNZIONE

- AUTONOMIA
- NO
- CON AIUTO
- SUPERVISIONE

15. NECESSITA DI ASSISTENZA E/O SORVEGLIANZA

- CONTINUA
- DIURNA
- NOTTURNA
- PARZIALE
- NON NECESSITA

**- AREA COMPORTAMENTALE -**

Indicare con una crocetta il valore al relativo indicatore

*Legenda:*0) *mai*1) *meno di 1 volta alla settimana*2) *1 o 2 volte alla settimana*3) *alcune volte alla settimana*4) *1 o 2 volte al giorno*5) *alcune volte al giorno*6) *più volte all'ora*

INDICATORE	0	1	2	3	4	5	6
Vagabondaggio							
Sputare (incluso il cibo)							
Bestemmie e aggressioni verbali							
Costanti richieste ingiustificate di attenzione o aiuto							
Colpire (incluso sé stesso)							
Scalciare							
Afferrare le persone							
Spingere							
Lanciare gli oggetti							
Urlare							
Mordere							
Graffiare							
Mangiare e bere sostanze inadeguate							
Rompere o distruggere gli oggetti							
Eseguire azioni ripetitive							
Irrequietezza generale							

Timbro e firma del Medico compilatore

Data: