

SCHEDA PRE-INGRESSO NUOVO OSPITE

COGNOME e NOME OSPITE _____ SESSO M F

NATO/A A _____ IL _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENZA _____

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____

GENERALITÀ della PERSONA CHE RICHIEDE L'INGRESSO (se diversa dall'Ospite interessato)

COGNOME E NOME _____

GRADO DI PARENTELA O RELAZIONE CON L'OSPITE: CONIUGE FIGLIO ALTRO _____

NATO/A A _____ IL _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENZA _____

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____

TEL. _____ E-MAIL _____

ALTRI RECAPITI _____

INDICARE SE PRESENTE RAPPRESENTANTE LEGALE (TUTORE/AMM. DI SOSTEGNO, ECC.) NO SI

COGNOME E NOME DEL RAPPRESENTANTE LEGALE _____ RECAPITO _____

TIPOLOGIA DI SERVIZIO RICHiesto RESIDENZIALE ALTRO _____

TIPOLOGIA DI SOGGIORNO RICHiesto DEFINITIVO TEMPORANEO (Se TEMPORANEO per n° giorni _____)

IN CONVENZIONE PRIVATO IN FASE DI VALUTAZIONE GERIATRICA PER OTTENERE CONVENZIONE

ATTUALE MEDICO DI BASE _____ TEL. _____

PROVENIENZA (es. da domicilio, ospedale, ricovero di sollievo, altra struttura) _____

SITUAZIONE ATTUALE DELL'OSPITE:

CONDIZIONI SENSORIALI ED ESPRESSIVE

DEFICIT VISIVO NO SI eventuali segnalazioni _____

DEFICIT UDITO NO SI eventuali segnalazioni _____

DEFICIT DI LINGUAGGIO NO SI eventuali segnalazioni _____

DEFICIT DI COMPrensIONE NO SI eventuali segnalazioni _____

CONDIZIONI PSICHICHE

LUCIDO E ORIENTATO NELLO SPAZIO E NEL TEMPO NO SI eventuali segnalazioni _____

VIGILE NO SI eventuali segnalazioni _____

CONFUSIONE E DISORIENTAMENTO NO SI COSTANTE SOLO IN ALCUNI MOMENTI

DEFICIT DI MEMORIA NO SI eventuali segnalazioni _____

MOMENTI DI AGITAZIONE NO SI eventuali segnalazioni _____

MOMENTI DI AGGRESSIVITÀ NO SI VERBALE FISICA eventuali segnalazioni _____

INSONNIA NO SI eventuali segnalazioni _____

OSSIGENO TERAPIA NON IN USO IN USO ORE AL GIORNO _____

PRESENZA DI ALLERGIE O INTOLLERANZE NO SI QUALI _____

PRESENZA DI LESIONI CUTANEE NO SI ZONA DELLE LESIONI _____

CURA DELLA PROPRIA PERSONA

IGIENE PERSONALE DA SOLO/A CON AIUTO CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA

VESTIZIONE DA SOLO/A CON AIUTO CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA

USO DEL BAGNO DA SOLO/A CON AIUTO CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA

ALIMENTAZIONE

AUTONOMA CON PICCOLO AIUTO NECESSITÀ DI ESSERE IMBOCCATO

SOSPETTA DISFAGIA (difficoltà di ingerire cibi o bevande) AI LIQUIDI AI SOLIDI

DIETE SPECIALI (Se SI indicare quali _____)

ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE PEG SNG ALTRO _____

IDRATAZIONE CON ACQUA IDRATAZIONE CON ACQUA GEL IDRATAZIONE CON ADDENSANTE

INCONTINENZA URINARIA NO SI eventuali segnalazioni _____

PRESENZA DI CATETERE VESCICALE NO SI eventuali segnalazioni _____

INCONTINENZA FECALE NO SI eventuali segnalazioni _____

UTILIZZO DI PROTEZIONE IGIENICA (es. pannolone) DIURNO NOTTURNO

PRESENZA LESIONI DA PRESSIONE NO SI eventuali segnalazioni _____

UTILIZZA MATERASSO SPECIALE/CUSCINO (es. antidecubito) NO SI

DEAMBULAZIONE

CAMMINA DA SOLO/A CON BASTONE CON DEAMBULATORE CON ACCOMPAGNATORE

USA LA CARROZZINA IN MANIERA AUTONOMA NO SI

È ALLETTATO Specificare da/per quanto tempo _____

ELENCO AUSILI IN DOTAZIONE (SPECIFICARE SE DI PROPRIETÀ O IN DOTAZIONE ASL/ATS)

EVENTUALI NOTE CHE SI VOGLIONO AGGIUNGERE _____

Il/la Sottoscritto/a dichiara di avere preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati messe a disposizione da Nuova Assistenza Società Cooperativa Sociale Onlus, ai sensi dell'art.13 Regolamento (UE) 2016/679 (c.d. GDPR), presenti nell'allegato "Scheda Amministrativa", e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati di cui all'art.9 GDPR.

DATA _____ **FIRMA della PERSONA CHE RICHIEDE L'INGRESSO** _____

■■■

VALUTAZIONE DELLA SCHEDA PRE-INGRESSO ED ALLEGATI DA PARTE DI DIRETTORE/RESPONSABILE SANITARIO (O DIRETTORE DI STRUTTURA O SUO DELEGATO a seconda della tipologia di Struttura)

INGRESSO ACCETTATO NO SI

NOTE/VALUTAZIONE LIVELLO ASSISTENZIALE _____

DATA _____ **FIRMA** _____