



Residenze per la terza età

SPAZIO RISERVATO ALLA RESIDENZA

Note del Medico Geriatra della struttura _____

Firma _____



Residenza per la terza età

VIA DI ROSANO, 44/A
50012 BAGNO A RIPOLI (FI)
Tel. 055 65741 - Fax 055 696084
Webpage: www.villasantamonica.it
E-mail: mail@villasantamonica.it

Il sottoscritto _____

residenza _____

recapito telefonico _____

grado di parentela o rapporto con il richiedente _____

ADS _____

CHIEDE L'AMMISSIONE

Per il/la Sig./Sig.ra _____

data e luogo di nascita _____

residenza _____

Medico curante (nome, indirizzo e telefono) _____

Camera singola

Camera doppia

Come ci ha conosciuto: Internet Amici Altro _____

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza delle convinzioni in atto tra le due Case di Riposo, l'Azienda Sanitaria di Firenze e il Comune di Firenze.

Le Case di Riposo sono strutture completamente aperte e prive di qualsiasi potestà costrittiva nei confronti degli ospiti.

Data _____ Firma _____

RELAZIONE SANITARIA

(Da far riempire al medico curante)

Diagnosi attuale _____

Notizie anamnestiche _____

Terapia in atto _____

Note per l'assistenza e la cura _____

Proviene da: Abitazione Ospedale
 Casa di Cura Casa di Riposo

VALUTAZIONE GRADO AUTOSUFFICIENZA

| | SI | NO |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Indipendente _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dipendente parziale _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si alimenta da solo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si veste da solo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deambula da solo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deambula con aiuto _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deambula con ausilio _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Lesioni da pressione SI NO

Sede e stadio _____

STATO NUTRIZIONALE

Insufficiente Adeguato Obesità

Note _____

Nutrizione: Per os PEG SNG

Peso Corporeo: Kg. _____

ALVO E DIURESIS

| | SI | NO |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Normale _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Incontinenza feci _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Incontinenza urine _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Catetere _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stomie _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

STATO MENTALE E PSICHICO

| | SI | NO |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Normale _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Confuso _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depresso _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ansioso _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demente _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Turbe comportamentali _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se si specificare _____ | | |
| _____ | | |
| Può "vivere in comunità" _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presenza di malattie infettive _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se in atto specificare _____ | | |

Data

Firma e Timbro del Medico



Integrazione alla domanda di Ammissione

Come previsto dall'indicazione dell'ASL Toscana Centro, data la presente situazione, siamo a richiedere la compilazione del presente modulo aggiuntivo. I dati conferiti sono trattati secondo la normativa vigente. Informativa privacy disponibile sul sito www.villasantamonica.it

Il Richiedente dell'Ammissione o il Medico che compila la richiesta di Ammissione:

Nome: _____ Cognome: _____ ;

Data e Luogo di Nascita: _____ ;

Dichiara che:

L'eventuale Ospite, nei precedenti 14 giorni, ha avuto (barrare la risposta corretta):

Storia di viaggi o residenza in Paesi esteri con incidenza di casi accertati maggiore di 1/100 000? **Si** **No**

Storia di viaggi o residenza in zone classificate come "Comuni di contenimento del contagio"? **Si** **No**

Contatto stretto con un caso probabile o confermato di infezione da SARS - CoV-2? **Si** **No**

Nei giorni scorsi ha avuto febbre, tosse, mal di gola, raffreddore, difficoltà respiratoria, o sintomi influenzali? **Si** **No**

In questo momento ha tosse, mal di gola, raffreddore, difficoltà respiratoria, o sintomi influenzali? **Si** **No**

Il richiedente dell'Ammissione è consapevole che l'Ammissione è subordinata alla negatività del Tampone per la rilevazione del Covid-19 unitamente al certificato di assenza sintomi da Covid-19 redatto da un Medico.

Il Dichiarante
