



**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](http://www.villasantamonica.it)  
E-mail: [mail@villasantamonica.it](mailto: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](http://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? **Si**  **No**

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

Inoltre, l'eventuale Ospite:

Ha mai contratto il Covid-19? **Si**  **Data Tampone Positivo:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Data Guarigione** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ . **No**

Ha effettuato la Vaccinazione per il Covid-19? **Si (Prima e Seconda Dose)**   
**Parzialmente (Solo Prima Dose), il** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  . **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 dal Medico di Medicina Generale.**

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_