

VILLA	DOCUMENTO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
	Domanda di Ammissione	VSM.DOC.004 VO.DOC.004	2	Pag. 1 a 7



## Residenze per la Terza Età

Via di Rosano 44, 44/A  
 50012, Bagno a Ripoli (FI)  
 Tel. 05565741, Fax: 055696084  
 Sito web: villasantamonica.it  
 mail: [mail@villasantamonica.it](mailto:mail@villasantamonica.it)

### Premessa

La presente modulistica è richiesta dalla RSA per la valutazione della fattibilità all'ammissione e alla gestione del caso. Tutti i dati richiesti sono da intendersi obbligatori. La presente domanda deve essere riempita in parte dal richiedente per i dati anagrafici, e da un Medico per la sezione "Relazione Sanitaria" (preferibilmente dal medico curante o di famiglia) aggiornato sulla situazione sanitaria dell'Ospite. La modulistica, compilata e firmata in tutte le Sue parti e completa degli allegati richiesti, deve essere inviata via mail, via fax o consegnata direttamente in struttura. Il Team Multidisciplinare della RSA valuterà il quadro generale decretando l'idoneità o meno della RSA a gestire il caso. Successivamente al benestare del suddetto Team, in caso di disponibilità, gli uffici amministrativi contatteranno il richiedente. La domanda di ammissione è da intendersi senza impegno né da parte della RSA né da parte del richiedente. L'informativa sul trattamento dei dati personali è consultabile sul Ns. sito in intestazione.

### Domanda di Ammissione presso Villa Santa Monica o Villa Olimpia per il/la Sig./Sig.ra:

<b>Cognome e Nome (eventuale Ospite)</b>	
--	--

Il Sottoscritto, definito di seguito "**Richiedente**",

<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Residente</b> (via, numero civico, Cap., Comune, Provincia)	
<b>Recapiti Telefonici</b>	
<b>Mail e/o PEC</b>	

### **Relazione con l'eventuale Ospite** (Barcare o Compilare)

Figlio/a	Fratello Sorella	Genero Nuora	Cognato/a	Coniuge	Cugino Cugina	ADS	Ass. Sociale	Altro: _____
----------	---------------------	-----------------	-----------	---------	------------------	-----	-----------------	--------------

Dichiara:

- Di essere a conoscenza delle convenzioni in atto tra le RSA e l'USL Toscana centro e il comune di Firenze;
- Di essere a conoscenza che le RSA sono strutture completamente aperte e prive di qualsiasi potestà costrittiva nei confronti degli Ospiti;
- Di acconsentire al trattamento dei dati personali sia del richiedente sia dell'Ospite secondo quanto indicato nell'informativa disponibile sul Ns. sito;
- Di impegnarsi a produrre un aggiornamento della sezione sanitaria su richiesta della RSA;

VILLA	DOCUMENTO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
	Domanda di Ammissione	VSM.DOC.004 VO.DOC.004	2	Pag. 2 a 7

Tutto quanto sopra premesso, il Richiedente, chiede l'ammissione per il/la Sig./Sig.ra di seguito definito/a "**Ospite**":

### DATI ANAGRAFICI OSPITE

**Cognome:**

**Nome:**

Nato/a a:

Il giorno:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente in via/viale/piazza, Comune, (Provincia):  
\_\_\_\_\_

Documento d'identità:

Numero:

Rilasciato da:

Scadenza:

### **Stato Civile (barrare o compilare il campo corretto)**

Coniugato/a

con: \_\_\_\_\_

Nubile / Celibe

Vedovo/a

di: \_\_\_\_\_

Separato/a

Da: \_\_\_\_\_

Divorziato/a

Da: \_\_\_\_\_

Cognome, Nome e Riferimenti (Tel., mail, Cell.) del **Medico di Medicina Generale** dell'Ospite  
\_\_\_\_\_

Cognome, Nome e Riferimenti (Tel., mail, Cell.) del **Assistente Sociale** che ha in carico l'Ospite  
\_\_\_\_\_

**Tipologia di Ospitalità:**

Privata

Convenzionata con  
quota sanitaria

Convenzionata con  
quota sanitaria e  
sociale

Accoglienza in  
regime di urgenza  
(Codice Rosso)

**Tipologia di Camera:**

Camera Singola

Camera Doppia

**Periodo dell'Ospitalità:**

Indeterminato, dal

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **Documentazione da allegare, OBBLIGATORIAMENTE:**

- Documento di Identità in corso di validità e tessera sanitaria fronte retro sia dell'eventuale Ospite sia del Richiedente;
- In caso di Ospitalità Convenzionata allegare il PAP firmato presso i servizi sociali;
- In caso che il Richiedente ricopra il ruolo di Amministratore di Sostegno, tutore o procuratore, copia dell'atto di nomina;
- Green Pass dell'Ospite relativo agli ultimi eventi Covid:
  - Ultima vaccinazione,
  - Eventuale guarigione;
  - Eventuale esenzione dalla vaccinazione;
- Eventuale documentazione sanitaria recente (lettere di dimissione, esami, relazioni);  
Luogo e Data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VILLA	DOCUMENTO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
	Domanda di Ammissione	VSM.DOC.004 VO.DOC.004	2	Pag. 3 a 7

Relazione Sanitaria a Cura di un Medico  
(Curante, Specialista, Ospedaliero)

**DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA**


**NOTE PER L'ASSISTENZA E PER LA CURA**


**STATO NUTRIZIONALE**

Insufficiente	Adeguato	Obesità
---------------	----------	---------

**Note:**

**Nutrizione**

Per OS	PEG	SNG	NPT (Parziale o Totale)
--------	-----	-----	-------------------------

**Peso Corporeo:**

**Note:**

**Consistenza Vito**

Normale	Morbido	Frullato
---------	---------	----------

**Idratazione**

Autonomo	Dipendente	Disfagia (richiesto addensante)
----------	------------	---------------------------------

VILLA	DOCUMENTO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
	Domanda di Ammissione	VSM.DOC.004 VO.DOC.004	2	Pag. 4 a 7

#### **STATO E INTEGRITÀ DELLA CUTE**

Lesioni da Pressione:	No	Si, Sede e Stadio:
Abrasioni	No	Si, sede
Ferite	No	Si, sede:

#### **ALVO E DIURESI**

Normale	Si	No	Note:
Incontinenza Feci	Si	No	Note:
Incontinenza Urine	Si	No	Note:
Catetere	Si	No	Note:
Stomie	Si	No	Note:
Stipsi Ostinata	Si	No	Note:

#### **STATO MENTALE E PSICHICO**

Normale	Si	No	Note:
Confuso	Si	No	Note:
Depresso	Si	No	Note:
Ansioso	Si	No	Note:
Demente	Si	No	Note:
Gravi turbe Comportamentali	Si	No	Se si, specificare:
Può "Vivere in Comunità?"	Si	No	Note:
Presenza di Malattie Infettive	Si	No	Se si, specificare:
Presenza di "Wandering"	Si	No	Note:
Rischio Allontanamento	Si	No	Note:
Riposo Notturno	Riposa	Insomnia	Note:

VILLA	DOCUMENTO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
	Domanda di Ammissione	VSM.DOC.004 VO.DOC.004	2	Pag. 5 a 7

### PROVENIENZA

Abitazione	Si	No	
RSA	Si	No	Indicare contatti:
Casa di Cura	Si	No	Indicare contatti:
Ospedale	Si	No	Indicare contatti:

### VALUTAZIONE GRADO AUTOSUFFICIENZA

Indipendente	Si	No		Deambula da Solo	Si	No
Dipendente Parziale	Si	No		Deambula con Aiuto	Si	No
Si alimenta da solo	Si	No		Deambula con Ausilio	Si	No
Si veste da solo	Si	No				

### RESPIRAZIONE

Autonomo	Si	No	Note:
Ossigeno Terapia	Si	No	Note:

### EVENTUALI NOTE A CURA DEL MEDICO COMPILATORE


### ALLERGIE A ALIMENTI O FARMACI E INTOLLERANZE ALIMENTARI


VILLA	DOCUMENTO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
 	Domanda di Ammissione	VSM.DOC.004 VO.DOC.004	2	Pag. 6 a 7

## Terapia in Atto

Indicare il nome o il principio attivo del farmaco con il relativo dosaggio orario

## **Terapia Condizionata (ex AB)**

Indicare il nome o il principio attivo del farmaco con il relativo dosaggio

<b>Nome Farmaco o Principio Attivo</b>	Dosaggio	Condizione Vincolante per la Somministrazione	Intervallo tra le Somministrazioni	Dose massima Giornaliera
Esempio	5 gtt	Se VAS >8	12 H	15 gtt

Data: / /

Cod. Reg. Medico  
Compilatore

Timbro e Firma del Medico

VILLA	DOCUMENTO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
 	Domanda di Ammissione	VSM.DOC.004 VO.DOC.004	2	Pag. 7 a 7

Spazio riservato alla RSA

## Note del Team Multidisciplinare

In base a quanto riportato nel presente modulo e all'eventuale colloquio con il richiedente dell'ammissione, l'Ospite in oggetto:

Può	Non Può (Indicare le motivazioni)
Essere accolto presso la RSA.	
Firma di chi ha partecipato alla Valutazione	
Firma: _____	Firma: _____
Firma: _____	Firma: _____

## Note della Direzione

<b>Numero</b>	<b>Data Revisione e Pubblicazione</b>	<b>Data di Entrata in Vigore</b>	<b>Autore della Revisione</b>	<b>Autorizzazione alla Pubblicazione</b>
1	23/08/2022	07/10/2022	Marco Breschi Ian Caroli Lorenzo Morandi	La Direzione, Vedi Riunione del 06/10/2022
2	03/10/2023	03/10/2023	Lorenzo Morandi	Responsabile Qualità