

**MODELLO DOMANDA DI AMMISSIONE
Alloggio Protetto per ANZIANI APA**

La/Il sottoscritta/o

oppure

La/Il sottoscritta/o

in qualità di della sig.ra/del sig.

residente a

via n.

recapiti telefonici

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO L'APA

.....

Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'interessato all'ammissione, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo.

Dati anagrafici della persona interessata all'ammissione in APA

Nome Cognome

data di nascita luogo di nascita

residente a

via n.

recapiti telefonici

stato civile n. figli

documento di identità

codice fiscale

A.S.L. di appartenenza tessera sanitaria

Dati relativi alla richiesta di ammissione

- provenienza della persona: casa NO SI
- beneficiario di buono socio-sanitario NO SI
- beneficiario di A.D.I./ voucher NO SI

■ ricoverato presso

■ motivo dell'ingresso in APA:

Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento

Nome Cognome

grado di parentela con l'ospite

data di nascita luogo di nascita

residente a

via n.

recapiti telefonici

e-mail

codice fiscale

Altri referenti per la persona da contattare

Nome Cognome

grado di parentela con l'ospite

data di nascita luogo di nascita

residente a

via n.

recapiti telefonici

e-mail

codice fiscale

Nome Cognome

grado di parentela con l'ospite

data di nascita luogo di nascita

residente a

via n.

recapiti telefonici

e-mail

codice fiscale

Dati relativi alle risorse economiche dell'interessato all'ammissione

Intestatario di indennità di accompagnamento: NO SI

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto

■ Tipologia: – a tempo determinato per n. mesi

– a tempo indeterminato

■ Necessità di ingresso urgente
 breve termine
 lungo termine

Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso in APA

1. fotocopia della carta di identità
2. fotocopia del codice fiscale
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda sanitaria allegata

Data Firma del sottoscrittore

Per ricevuta ed accettazione: Firma referente

MODELLO DOMANDA DI AMMISSIONE IN APA
SCHEMA SANITARIA

RELAZIONE ASSISTENZIALE
(da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Nome dell'assistito

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- È indipendente

DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- Cammina senza aiuto

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficili
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri

IGIENE PERSONALE

- Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- È capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Totale indipendenza nel mangiare

CONFUSIONE

- È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- È in grado di pensare chiaramente

IRRITABILITÀ

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo

IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

ALTRE SEGNALAZIONI

- ❖ Incontinenza:
 - Assente
 - Solo urinaria
 - Solo fecale
 - Doppia
- ❖ Gestione incontinenza:
 - Presidi assorbenti
 - Ano artificiale
 - Catetere
- ❖ Ausili per il movimento:
 - Bastone/deambulatore
 -
 - Carrozzina
 - Nessuno

Il compilatore:

Cognome..... Nome

in qualità di

Data Firma

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito

M F

Data di nascita Data di compilazione

LEGENDA

A: assente; L: lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente; M: moderata - trattamento necessario; prognosi buona; G: grave; è invalidante - trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; MG: molto grave - trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA	Gravità				
------	---------	--	--	--	--

(barrare la casella che interessa come da legenda)

solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE	A	L	M	G	MG
---------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:

IPERTENSIONE (si valuta la severità)	A	L	M	G	MG
--------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:

APPARATO RESPIRATORIO	A	L	M	G	MG
-----------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

FEGATO	A	L	M	G	MG
--------	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

RENE	A	L	M	G	MG
------	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTI (segnalare anche le ulcere da decubito)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

STATO MENTALE E COMPORIMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare:
Lesione da decubito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sede: Stadio:
Dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
Alimentazione artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bastone e/o deambulatore: Carrozzina:
Protesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Note:
Vagabondaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Note:
Agitazione psico-motoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Note:
Inversione ritmo sonno-sveglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Specifica:
Allergie ad alimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Specifica:

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici, ...). Elencare documentazione prodotta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ALLERGIE/EFFETTI INDESIDERATI SIGNIFICATIVE AI FINI DELLA TERAPIA	
Allergie/effetti indesiderati/reazioni avverse da terapie farmacologiche precedenti	<input type="checkbox"/> Si, specificare quali: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO
Intolleranze/allergie a componenti alimentari che possono essere presenti nei farmaci come eccipienti (es. lattosio..)	<input type="checkbox"/> Si, se si specificare quali: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO
Altre allergie (es. lattice..)	<input type="checkbox"/> Si, se si specificare quali: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO

INFORMAZIONI DI RILIEVO	
Terapia anticoagulante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	Terapia antiepilettica <input type="checkbox"/> S i <input type="checkbox"/> N O
Terapia insulinica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N O	Terapia immunosoppressiva <input type="checkbox"/> S i <input type="checkbox"/> N O
Terapia ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N O	Terapia con ossigeno <input type="checkbox"/> S i <input type="checkbox"/> N O
Terapia oppioidi <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N O	Abitudine al fumo <input type="checkbox"/> S i <input type="checkbox"/> N O
	Consumo di alcool <input type="checkbox"/> S i <input type="checkbox"/> N O

