

DOMANDA DI AMMISSIONE OSPITE IN RSA

Data presentazione domanda _____

1. PARTE RISERVATA AI DATI DELL'OSPITE:

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____ M ☐ F ☐

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____

Numero codice assistito _____

ATS di appartenenza _____

Cittadinanza _____

Stato civile _____ N° Figli: Maschi __ Femmine__

Situazione
Pensionistica _____

Residenza anagrafica:

Città _____ Prov. _____

Via _____

Rev.1 07/23



- Motivo della domanda:

- ☐ Perdita dell'autonomia psico/fisica
- ☐ La famiglia non è in grado di provvedere
- ☐ Vive solo/a
- ☐ L'alloggio non è idoneo
- ☐ Altro (specificare) _____

- Situazione utente:

- ☐ Persona che accede alla Struttura dal proprio domicilio
- ☐ Persona che accede alla Struttura dal proprio domicilio con assistenza domiciliare (ADI, Voucher sociosanitario, SAD)
- ☐ Persona che accede alla Struttura dal proprio domicilio con frequenza struttura sociale/sociosanitaria
- ☐ Persona ricoverata in Strutture sanitarie (Ospedale, Istituti riabilitativi)
- ☐ Persona proveniente da altra RSA
- ☐ Ospite proveniente da altra struttura sociale/sociosanitaria

- Situazione abitativa:

- ☐ Vive solo/a
- ☐ Vive con altro/i familiari/convivente
- ☐ Vive solo con badante
- ☐ Vive con altro/i familiari/convivente e badante
- ☐ Vive con altre persone non parenti e non partner

- All'Ospite è stata riconosciuta l'invalidità civile:

- ☐ SI' % di invalidità: _____
- ☐ NO
- ☐ Domanda in corso

- L'Ospite percepisce l'indennità di accompagnamento:

- ☐ SI'
- ☐ NO
- ☐ Domanda in corso

2. PARTE RISERVATA AI FAMILIARI, RAPPRESENTANTE LEGALE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

COGNOME	_____	_____
NOME	_____	_____
GRADO DI PARENTELA RAPPRESENTANZA LEGALE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	_____	_____
RESIDENZA	_____	_____
VIA	_____	_____
TELEFONO	_____	_____
MAIL	_____	_____

Firma dell'Ospite richiedente

Firma del familiare di riferimento/Rappresentante legale/Amministratore di Sostegno

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO INTERCOMUNALE SARONNO

FO.C.R.I.S.

INFORMAZIONI SANITARIE

(a cura del medico curante)

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ Data di compilazione _____

Patologie presenti e giudizio di gravità

	1	2	3	4	5
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave
Patologie cardiache					
Ipertensione arteriosa					
Patologie vascolari					
Patologie respiratorie					
Vista, udito, naso, gola, laringe					
Apparato gastroenterico superiore					
Apparato gastroenterico inferiore					
Patologie epatiche					
Patologie renali					
Altre patologie genito-urinarie					
Sistema muscolo-scheletrico e Cute					
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze)					
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici)					
Patologie psichiatriche-comportamentali (incluse le demenze)					

Problemi clinici prevalenti

Malattie infettive note

Terapia farmacologica in corso

Allergie a farmaci

INFORMAZIONI SULL'AUTONOMIA DELLA PERSONA

- La persona è capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa?

- ☐ No, non è in grado. Richiede la completa assistenza di due persone
- ☐ E' necessaria la completa assistenza di *una* persona per *tutte* le fasi della manovra
- ☐ Per una o più fasi del trasferimento è necessaria l'assistenza di una persona
- ☐ Occorre la presenza di una persona ma solo per infondere fiducia o garantire sicurezza
- ☐ E' completamente autonoma

- La persona è in grado di camminare da sola almeno per 50 metri?

- ☐ No, non è in grado
- ☐ E' in grado, ma è necessaria la presenza costante di una o più persone
- ☐ Serve aiuto, ma solo per raggiungere il bastone o altri ausili
- ☐ E' necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
- ☐ Sì, percorre almeno 50 metri senza aiuto o supervisione (non importa se col bastone o altro ausilio)

- Se non cammina, è in grado di manovrare da solo la sedia a rotelle?

- ☐ No, non è in grado
- ☐ Sì, ma solo per brevi tratti e su superficie piana
- ☐ Serve aiuto solo per accostarsi al tavolo o al letto
- ☐ Serve aiuto solo negli spazi più angusti
- ☐ E' totalmente autonoma

- La persona è in grado di provvedere da sola alla propria igiene?

- ☐ No, non è in grado. E' completamente dipendente dagli altri
- ☐ E' necessario aiutarla in *tutte* le fasi dell'igiene personale
- ☐ E' necessario aiutarla solo in alcune fasi dell'igiene personale
- ☐ E' in grado, ma richiede solo un minimo di assistenza prima o dopo l'operazione da eseguire
- ☐ E' completamente autonoma

- La persona è in grado di alimentarsi autonomamente?

- ☐ No, non è in grado. Va imboccata o è nutrita per altre vie (nutrizione enterale o parenterale)
- ☐ Riesce a manipolare una posata, ma è necessaria assistenza attiva per tutto il pasto
- ☐ Serve assistenza per atti più complicati, come versare il latte e lo zucchero nel the, aggiungere sale o pepe, imburrare, rovesciare un piatto
- ☐ Serve aiuto solo per tagliare la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli
- ☐ E' completamente autonoma

- La persona è confusa?

- ☐ Sì, le capacità di pensiero sono completamente destrutturate
- ☐ Appare chiaramente confusa e non si comporta, in alcune situazioni, come dovrebbe
- ☐ Appare incerta e dubbiosa, ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio
- ☐ La persona è in grado di pensare chiaramente e ha contatti normali con l'ambiente

- La persona è particolarmente irritabile?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Si irrita facilmente, anche in occasioni o per stimoli che non dovrebbero essere provocatori
- ☐ Si irrita solo se provocato e se vengono rivolte domande indiscrete
- ☐ No, è sempre calma

- La persona è fisicamente irrequieta?

- ☐ Sì, è incapace di stare ferma anche per brevi periodi di tempo o cammina incessantemente
- ☐ E' molto irrequieta: non riesce a stare seduta, contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano
- ☐ Si agita, gesticola, ha difficoltà di tenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
- ☐ La persona non mostra alcun segno di irrequietezza motoria;

Anomalie del comportamento

	SI'	NO
Ansia		
Depressione		
Deliri o allucinazione		
Agitazione psico-motorie diurna		
Agitazione psico-motorie notturne		
Deambulazione incessante		
Affaccendamento afinalistico		
Inversione del ritmo sonno-veglia		
Aggressività		
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive		

Altre informazioni sanitarie

	SI'	NO
Alimentazione artificiale		
Disfagia – Altri disturbi della deglutizione		
Nutrizione artificiale enterale		
• Con sondino naso-gastrico		
• Con gastrostomia (PEG) o digiunostomia		
Nutrizione parenterale totale		
Terapia dialitica		
Il paziente è in dialisi?		
• Dialisi peritoneale automatica o manuale		
• Dialisi extracorporea ambulatoriale		
Assistenza respiratoria		
E' presente insufficienza respiratoria?		
• Ossigeno occasionalmente		
• Ossigeno almeno sei ore al giorno		
• Ossigenoterapia continua		
• Tracheostomia		
• Ventilazione meccanica invasiva o non invasiva		
Diabete mellito		
Il paziente è affetto da diabete mellito?		
• E' trattato con la sola dieta		
• Farmaci antidiabetici orali		
• Insulina		
Lesioni cutanee		
Il paziente ha ulcere da decubito?		
• Sacrali o trocanteriche		
• Arti inferiori o altre sedi		
Il paziente ha ulcere cascolari?		
Continanza vescicale o fecale		
Presidi per incontinenza		
Catetere vescicale a permanenza		
Cateterismo incontinente con Nelaton		
Enterotomia, colostomia, ureterocutaneostomia		

Recapito telefonico del medico**Timbro e firma del medico**

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali)

Il Titolare del Trattamento è la **Casa di Riposo Intercomunale – Focris Onlus**, con sede in Via Vittorio Volpi 4, 21047 Saronno (VA), P. Iva 02673060121 (di seguito definito “il Titolare”).

Il **Responsabile della Protezione dei Dati personali** è Siges S.r.l, Via Ferrari 21 – 21047 Saronno.

Trattamento. I dati personali vengono trattati nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/2016.

I dati forniti dall’Utente (di seguito definito “l’Interessato”) saranno utilizzati al solo fine di dar seguito alle sue richieste e saranno trattati da parte di personale incaricato dal Titolare con procedure, strumenti tecnici e informatici idonei a tutelare la riservatezza e la sicurezza dei dati dell’Interessato. Il trattamento dei dati personali dell’Interessato consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distruzione degli stessi comprese la combinazione di due o più delle attività suddette.

Obblighi contrattuali e obblighi legali. I dati dell’interessato sono trattati per lo svolgimento dei seguenti obblighi:

1) Obblighi relativi alla prestazione sanitaria, legali e contrattuali e/o precontrattuali, come:

- instaurazione e gestione del rapporto di tutela, prevenzione, diagnosi, assistenza, cura e riabilitazione dei soggetti assistiti dal nostro servizio;
- assunzione di dati per necessità contrattuali e/o precontrattuali;
- gestione delle prestazioni a domicilio o in struttura anche con valutazione socio sanitaria partecipata;
- programmazione e gestione dell’assistenza;
- assolvimento degli obblighi di legge previsti dalle normative vigenti;
- esecuzione delle disposizioni degli organi di vigilanza (sanitario assistenziale, economico, fiscale);
- necessità di programmazione interna, territoriale regionale e nazionale, sia da parte dell’Ente che degli Enti quali Regione, Provincia, ATS, Ministeri competenti;
- scambio di informazioni con altri servizi del comparto socio sanitario e/o assistenziale (ad esempio ricovero in Ospedale ovvero trasferimento ad altro servizio);
- adempimenti relativi a rendicontazioni sia di carattere economico che socio sanitario assistenziale con i Comuni di Residenza, ATS, Regione, ecc.;
- necessità operative e di gestione interna;
- ricerca e statistiche con trattamento anonimo;
- la fatturazione e la tenuta di scritture contabili obbligatorie e registrazioni
- comunicazione a istituti bancari e simili, per le attività di riscossione dei pagamenti e per altre attività collegate agli adempimenti contrattuali

2) Altri servizi connessi alla permanenza presso la struttura (es: servizi di segreteria, consegna corrispondenza, prenotazione di servizi).

I dati richiesti dal Titolare sono obbligatori per la conclusione del contratto ed il mancato conferimento dei dati comporta l’impossibilità per l’Interessato di accedere ai servizi della Casa di Riposo Intercomunale – Focris Onlus. Per il trattamento dei dati personali per le finalità di cui sopra non è richiesto il consenso dell’Interessato poiché il trattamento dei dati è necessario per il trattamento sanitario (diagnosi, assistenza o terapia sanitaria e per la gestione di sistemi e servizi sanitari sulla base del diritto dell’UE o dello Stato membro o conformemente ad un contratto con un

professionista della sanità di cui alla lett. h, art. 9 del Regolamento, l'eventuale raccolta di immagini utili all'osservazione sanitaria e per valutare l'evoluzione della malattia).

Ulteriori servizi non inclusi negli obblighi contrattuali e legali.

E' richiesto un esplicito consenso per servizi ulteriori, quali

- 1) all'utilizzo da parte della struttura del mio recapito postale, del telefono e della posta elettronica, per comunicazioni inerenti l'attività aziendale

Conservazione. I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario a fornire all'Interessato i servizi richiesti e saranno in ogni caso eliminati a seguito di richiesta dell'Interessato, salvi ulteriori obblighi di conservazione previsti dalla legge.

Diffusione e comunicazione. I dati dell'Interessato non saranno diffusi e comunicati a terzi, salvo che per assolvere obblighi contrattuali o di legge o su esplicito consenso dell'Interessato stesso.

Responsabili del trattamento. Nell'ambito della sua attività e per le finalità sopra indicate il Titolare potrà avvalersi di servizi resi da soggetti terzi che operano per conto del Titolare e secondo le sue istruzioni. Tali soggetti sono chiamati responsabili del trattamento e possono essere fornitori, consulenti tecnici, altri soggetti analoghi che collaborano con la nostra organizzazione per assolvere gli impegni contrattuali assunti con l'Interessato. Rientrano tra tali soggetti coloro che forniscono un servizio strettamente e necessariamente collegato all'attività del Titolare quali consulenti fiscali, banche, assicurazioni, enti pubblici che posso eseguire ispezioni o verifiche. L'Interessato potrà richiedere un elenco completo e aggiornato dei soggetti nominati responsabili del trattamento rivolgendosi al contatto sotto indicato.

Trasferimento all'interno dell'Unione Europea e extra UE. I dati potranno essere trasferiti all'interno della Unione Europea, ove il Titolare o i suoi fornitori e collaboratori abbiano sede o abbiano i propri server. I dati non saranno trasferiti fuori dalla Unione Europea.

DIRITTI DELL'INTERESSATO:

L'interessato, ha diritto in ogni momento di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso (art. 15 GDPR) e la rettifica (art. 16 GDPR) dei dati che lo riguardano.

Può altresì chiedere la cancellazione dei propri dati (art. 17 GDPR) o la limitazione del trattamento (art. 18 GDPR) o di opporsi al loro trattamento (art. 21 GDPR), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20 GDPR).

In caso di rettifica o cancellazione o limitazione dei dati, il Titolare provvede a comunicare le intervenute modifiche ai destinatari cui sono trasmessi i dati (art. 19 GDPR).

In ogni caso, è fatta salva la possibilità per l'Interessato di rivolgersi all'Autorità Garante o di adire l'Autorità giudiziaria.

Contatti:

I dati di contatto del Titolare del trattamento sono i seguenti: Tel.: 02/96709168 – info@focris.it

Per contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO): e-mail dpo1@sigesgroup.it – tel. 02.967181

AMBITO CRS-SISS

Io sottoscritto sono a conoscenza del fatto che, con il consenso che presto alla Casa di Riposo Intercomunale – Focris Onlus, la stessa metterà a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che ricevo, per il loro eventuale utilizzo nel mio FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico).

Sono altresì a conoscenza del fatto che sia la comunicazione al mio medico di base dell'evento sanitario che mi sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio FSE, potranno avere luogo solamente qualora io abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS- Informativa ex art. 76 D.Lgs. 196/03" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.

Firma _____

(Per i minori e i non abili firma del legale rappresentante)

AGGIORNATA IL 06/06/2019

Autorizzazione al Trattamento dei Dati (Regolamento EU 2016/679) relativa a

Il sottoscritto (cognome)(nome)

nato a il

in qualità di ☐ Ospite

☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Altro

Documento di identità (per tutore, curatore, ecc.)

dell'Ospite (cognome) (nome)

nato a il

(sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere
richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000)

informato in data odierna della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento Europeo n. 679 del 2016, letta l'informativa sul trattamento dei dati personali, portato a conoscenza della necessità del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di ulteriori dati nel corso della prestazione:

AUTORIZZO la Casa di Riposo Intercomunale – Focris Onlus all'utilizzo da parte della struttura del mio recapito postale, del telefono e della posta elettronica, per comunicazioni inerenti l'attività aziendale
(barrare le modalità non consentite)

☐ **SI**

☐ **NO**

Il termine di conservazione di tali dati coincide con il periodo di permanenza presso la struttura cessato il quale, a meno di obblighi di conservazione di legge, i dati verranno distrutti.

Luogo, data

Firma

.....

.....

In caso di soggetto analfabeta, apporre il segno X nello spazio riservato alla firma. Il familiare o il soggetto accompagnatore deve compilare la parte sottostante.

In caso di soggetto fisicamente impossibilitato alla firma ma capace di intendere e di volere, il familiare o il convivente o in mancanza il medico deve compilare il modulo sottostante:

Io sottoscritto (cognome) (nome).....,

in qualità di , recapito telefonico

in relazione alla condizione di:

☐ analfabetismo

☐ impedimento fisico del paziente sopra indicato

dichiaro di aver assistito alla consegna dell'informativa ed alla manifestazione del consenso da parte del paziente

☐ mediante apposizione del segno X nello spazio riservato alla firma

☐ in forma di

Data.....

Firma