

 RSA CDI MINIALLOGGI RICHIESTA DI  
INVALIDITA'**SCHEDA DI INSERIMENTO**

## Informazioni anagrafiche

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____
	Pensione SI' NO Ente erogatore _____
	Invalidità SI' NO Codice invalidità _____

Modalità di gestione del reddito	Anziano stesso <input type="checkbox"/>
	Familiare <input type="checkbox"/>
	Amministratore <input type="checkbox"/>
	Altro <input type="checkbox"/>

Persona/familiare di riferimento	
Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	

Medico di Assistenza Primaria	Dott./Dott.ssa _____
	Tel.....

Servizi di supporto in atto (assistente domestica, ADI, servizio pasti a domicilio, CDI, ecc...)	
--	--

Provenienza Domicilio, Ospedale, SDR, RSA, altro	
--	--

Parte per la famiglia/caregiver

Parte per la famiglia/caregiver

Diete particolari	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____
Comportamenti auto lesivi	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____
Fumo	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Alcol	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Interessi attuali Lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Capacità di nutrirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Necessita di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato <input type="checkbox"/>
Masticazione	Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca <input type="checkbox"/>
Protesi dentarie	NO <input type="checkbox"/> SI' la usa <input type="checkbox"/> SI' ma non la usa <input type="checkbox"/>
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Bagno/doccia	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Continenza vescicale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere <input type="checkbox"/>
Continenza intestinale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/>
Uso dei servizi igienici	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Capacità di vestirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Vista	Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Ipo visus/cecità <input type="checkbox"/>
Udito	Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Ipoacusia/sordità <input type="checkbox"/>
Capacità di leggere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Capacità di scrivere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Linguaggio	Normale <input type="checkbox"/> Alterato <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Mobilità	Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato <input type="checkbox"/>
Capacità di salire le scale	Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado <input type="checkbox"/>
Trasferimento letto/carrozzina/poltrona	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado <input type="checkbox"/>
Uso della sedia a rotelle	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Autonomo nell'uso SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ausili utilizzati	Nessuno <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare quali _____ Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____ Il ____/_____/____
Accetta la terapia	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Assume la terapia autonomamente	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Sonno - riposo	Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia <input type="checkbox"/>



Parte per la famiglia/caregiver

Aggressività	SI' <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendenza fuga/perdersi	SI' <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadute negli ultimi 6 mesi	SI' <input type="checkbox"/>	Numero cadute _____ NO <input type="checkbox"/>
Utilizza una contenzione	SI' <input type="checkbox"/>	Specificare _____ _____ NO <input type="checkbox"/>
Previsione di contatti con il paziente (es. n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)		

ALL'ATTO DEL RICOVERO, SI RACCOMANDA DI CONSEGNARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELL'OSPITE

data

firma

.....

.....