



Azienda di Servizi alla Persona (A.S.P.)
"GOLGI - REDAELLI"

ISTITUTO GERIATRICO "P.REDAELLI"
Via G. Leopardi n.3 - 20090 Vimodrone
tel. 02.250.321, fax 02.250.25.46

Direttore d'Istituto : dott.ssa Rosaria TUFARIELLO

DOMANDA DI RICOVERO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

DATA DI PRESENTAZIONE _____

N° DI REGISTRAZIONE _____

NOME _____ **COGNOME** _____ **M** **F**

RESIDENZA _____

_____ tel _____

CON ONERI A CARICO **PRIVATO** **COMUNALE**

Sigla dell'Operatore

ESITO DELLA DOMANDA

- Idonea RSA; Probabile classe SOSIA _____
- Idonea con priorità
- Non Idonea

ESITO DELLA PROCEDURA

Ricovero in data ____/____/____ **Presso il Reparto** _____

Sospensione in data _____ **Riattivazione in data** ____/____/____
____/____/____

- Archiviazione in data** ____/____/____ **per**
 - Decesso
 - Rinuncia per _____
 - Comunicata da: _____

SCHEDA SOCIALE R.S.A.

La compilazione è a carico dell'interessato/a.

In caso di impedimento la compilazione è a carico dei parenti prossimi o delle persone di riferimento o del Servizio Sociale del Comune.

Si prega di compilare con cura al fine di poter disporre di più elementi possibili per una prima conoscenza dell'ospite che entra in Residenza. Grazie.

AREA ANAGRAFICA

COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
STATO CIVILE	
RESIDENZA	
INVALIDITÀ CIVILE ▪ ACCERTATA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ▪ DOMANDA IN CORSO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PERCENTUALE _____	ACCOMPAGNAMENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

AREA RICOVERO

PROVENIENZA:

<input type="checkbox"/> DOMICILIO	<input type="checkbox"/> OSPEDALE Specificare:	<input type="checkbox"/> ALTRA STRUTTURA Specificare:
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE INTERNA: Specificare REPARTO		

CHI PRESENTA LA DOMANDA:

<input type="checkbox"/> INTERESSATO	<input type="checkbox"/> FAMILIARE/AFFINE Specificare:	<input type="checkbox"/> SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE Specificare:
<input type="checkbox"/> ALTRO Specificare:		

COINVOLGIMENTO NELLA DECISIONE DI RICOVERO

L'INTERESSATO È INFORMATO:	
<input type="checkbox"/> SI PERCHÉ	<input type="checkbox"/> NO PERCHÉ

MOTIVO DI RICOVERO:

<input type="checkbox"/> SANITARIO	<input type="checkbox"/> ASSISTENZIALE	<input type="checkbox"/> ABITATIVO
<input type="checkbox"/> FAMILIARE	<input type="checkbox"/> ALTRO Specificare	

TIPOLOGIA DELLA DOMANDA:

<input type="checkbox"/> RICOVERO DEFINITIVO	<input type="checkbox"/> RICOVERO TEMPORANEO	<input type="checkbox"/> IN ATTESA DI TRASFERIMENTO
--	--	---

AREA RELAZIONALE

RETE FAMILIARE

1) NOME E COGNOME _____ ETÀ _____

GRADO DI PARENTELA _____ CONVIVENTE SI NO

INDIRIZZO _____

PROFESSIONE _____ TEL. _____ CELLULARE _____

2) NOME E COGNOME _____ ETÀ _____

GRADO DI PARENTELA _____ CONVIVENTE SI NO

INDIRIZZO _____

PROFESSIONE _____ TEL. _____ CELLULARE _____

3) NOME E COGNOME _____ ETÀ _____

GRADO DI PARENTELA _____ CONVIVENTE SI NO

INDIRIZZO _____

PROFESSIONE _____ TEL. _____ CELLULARE _____

RETE INFORMALE (AMICI, CONOSCENTI, VICINI DI CASA, ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO.....)

AREA ABILITÀ

Scolarità _____

Professione svolta _____

Età di pensionamento _____

Religione _____ **Praticante** SI NO

INTERESSI/OCCUPAZIONI	ATTUALE	PRECEDENTE	SPECIFICARE
Lavori manuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lettura e Musica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radio e TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

È UNA PERSONA PREDISPOSTA AD INIZIATIVE E A FARSÌ COINVOLGERE? **SI** **NO**

E' UNA PERSONA CHE AMA STARE IN COMPAGNIA? **SI** **NO**

EVENTI CHE HANNO INCISO SIGNIFICATIVAMENTE NELLA VITA DELL'OSPITE:

LUOGHI IN CUI HA VISSUTO: _____

Altre annotazioni

Informazioni fornite da _____

Data della compilazione ____/____/____

FIRMA _____