



ISTITUTO BASSANO CREMONESINI
Per Disabili Psiciche - ONLUS
Casella postale n°21 - Via Roma 1, 25026 Pontevico (BS)
C.F.: 88002090178 P.IVA: 00727290983

Oggetto: PROPOSTA DI RICOVERO

La proposta di ricovero deve essere accompagnata oltre che dalla scheda conoscitiva anche dalla seguente documentazione:

1. Fotocopia decreto di nomina tutore o amministratore di sostegno
2. Fotocopia carta d'identità
3. Fotocopia tessera sanitaria
4. Fotocopia verbale di I.C. e 104/92
5. Relazione sociale contenete:
 - a. Anamnesi sociale della persona
 - b. Condizioni di invalidità
 - c. Informazioni sulla situazione socio - culturale del nucleo familiare
 - d. Tutte le informazioni ritenute funzionali all'inserimento
6. Relazione psicodiagnostica con diagnosi funzionale aggiornata ed in particolare con specificazione delle autonomie
7. Relazione/Documentazione clinico — sanitaria che inquadri le eventuali patologie o compromissioni e che dia indicazioni sui trattamenti terapeutici/farmacologici in atto
8. Compilare in ogni campo la scheda conoscitiva allegata alla presente.

La proposta di ricovero verrà ritenuta nulla se mancante di qualche documentazione o in caso la scheda conoscitiva non sia stata compilata in tutti i suoi campi.

SCHEDA CONOSCITIVA SITUAZIONE SOCIALE - RSA

DATA PRESENTAZIONE DOMANDA ___/___/_____

COGNOME E NOME _____

CODICE FISCALE _____

CODICE S.S.N. _____

DATA DI NACITA _____ LUOGO _____

SESSO

femmina

maschio

STATO CIVILE

celibe/nubile

coniugato/a

convivente

libero di stato

PATERNITA' _____

MATERNITA' _____

GRADO DI ISTRUZIONE:

(allegare eventuali Pagelle, Diplomi, ecc.)

SCOLARIZZAZIONE

Non ha concluso l'obbligo

Ha concluso l'obbligo

Formazione professionale

Scuola superiore

Scuola universitaria

Laurea

Non nota

Anno di conclusione scuola (se non ha concluso l'obbligo indicare "0000")

Servizio/attività lavorativa

Nessuna

Lavoro

C.S.R.

S.F.A.

Tirocinio Lavoro

PROVENIENZA

Dato non rilevato

Ospite che accede direttamente alla struttura

Ospite dimesso da struttura psichiatrica **

Ospite dimesso da istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti o ist. di riabilitazione **

Ospite dimesso da altro regime o tipologia (centro diurno integrato, ricovero a pag., ricovero di sollievo, ecc.) **

Ospite dimesso da altre strutture **

**STRUTTURA DI PROVENIENZA

denominazione struttura _____

paese di residenza _____

RESIDENZA ANAGRAFICA ATTUALE

INDIRIZZO _____

CAP _____ COMUNE _____

ANAMNESI FAMILIARE

LA FAMIGLIA E' ATTUALMENTE:

- Presente
- Assente

in caso di presenza della famiglia:

1. numero membri che compongono la famiglia _____
2. condizioni professionali dei membri suddetti _____
3. situazione economica della famiglia _____
4. integrazione sociale della famiglia _____
5. eventuale Ente che assiste la famiglia _____

Integrazione familiare

- piena integrazione
- integrazione sufficiente a mantenere l'unione familiare
- famiglia disgregata
- personalità dominante

In caso di assenza della famiglia

- separazione dei coniugi
- situazione di vedovanza
- entrambi i coniugi defunti
- atteggiamento degli altri parenti

Note

MOTIVAZIONE DEL RICOVERO DELLA PAZIENTE

- cause familiari _____
- cause ambientali _____
- cause economiche _____
- cause intrinseche alla paziente:

- oligofrenia semplice
- oligofrenia con epilessia
- oligofrenia con spasticità
- oligofrenia con gravi anomalie comportamentali
- epilessia
- altre forme psichiche _____

- in caso di precedente ricovero

- reazione della paziente al ricovero _____
- durata del ricovero _____

CONDIZIONI PSICO-FISICHE DELLA PAZIENTE

1. Motilità

<input type="checkbox"/> può camminare da sola <input type="checkbox"/> può camminare con aiuto <input type="checkbox"/> può camminare con protesi <input type="checkbox"/> si sposta con carrozzella <input type="checkbox"/> allettata
--

<input type="checkbox"/> si veste da sola <input type="checkbox"/> si veste con aiuto parziale <input type="checkbox"/> dipendenza totale	<input type="checkbox"/> si lava da sola <input type="checkbox"/> si lava con aiuto parziale <input type="checkbox"/> dipendenza totale
---	---

<input type="checkbox"/> mangia da sola <input type="checkbox"/> mangia con aiuto parziale <input type="checkbox"/> dipendenza totale	<input type="checkbox"/> utilizza da sola i servizi igienici <input type="checkbox"/> utilizza i servizi igienici con aiuto parziale <input type="checkbox"/> dipendenza totale
---	---

2. Psiciche

<input type="checkbox"/> integra <input type="checkbox"/> con fasi di confusione e disorientamento <input type="checkbox"/> con fasi di agitazione psico-motoria
--

3. Sensorio

<input type="checkbox"/> cecità <input type="checkbox"/> sordità <input type="checkbox"/> mutismo <input type="checkbox"/> ipovisus <input type="checkbox"/> ipoacusia <input type="checkbox"/> disartria
--

4. Continenza sfinteri

<input type="checkbox"/> incontinenza vescicale <input type="checkbox"/> porta catetere <input type="checkbox"/> incontinenza anale

5. Eventuali altre condizioni di non autosufficienza

6. Eventuali condizioni patologiche giustificative di accertati interventi sanitari (precisare la diagnosi relativa alle eventuali forme psichiatriche)

7. Eventuali disponibilità dei familiari a riprendere con sè la paziente

PARERE DEL MEDICO

1. Con riferimento all'autosufficienza o meno del soggetto

2. con riferimento alla possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni

**COGNOME E NOME DEL MEDICO
RESPONSABILE DEL SERVIZIO**

DATA ____/____/____

ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO

<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO

SITUAZIONE PENSIONISTICA

<input type="checkbox"/> Nessuna pensione
<input type="checkbox"/> Anzianità/Vecchiaia
<input type="checkbox"/> Sociale
<input type="checkbox"/> Tipologia Speciale (Guerra, ecc.)
<input type="checkbox"/> Reversibilità
<input type="checkbox"/> Invalidità

PROFESSIONE ALL'INGRESSO IN STRUTTURA

<input type="checkbox"/> svolge un lavoro retribuito - imprenditore
<input type="checkbox"/> svolge un lavoro retribuito - dipendente
<input type="checkbox"/> svolge un lavoro retribuito - impiegato, insegnante
<input type="checkbox"/> svolge un lavoro retribuito - artigiano, coltivatore diretto, commerciante
<input type="checkbox"/> svolge un lavoro retribuito - operaio, salariato agricolo, altro lavoratore
<input type="checkbox"/> svolge un lavoro retribuito - lavoratore a domicilio
<input type="checkbox"/> svolge un lavoro retribuito - coadiuvante
<input type="checkbox"/> non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito- casalinga
<input type="checkbox"/> non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - pensionato
<input type="checkbox"/> non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - invalido
<input type="checkbox"/> non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - disoccupato
<input type="checkbox"/> non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - altro
<input type="checkbox"/> non ha mai svolto lavoro retribuito - scolaro, studente, bambino
<input type="checkbox"/> non ha mai svolto lavoro retribuito- casalinga (anche se con pensione)
<input type="checkbox"/> non ha mai svolto lavoro retribuito - in cerca 1° occupazione
<input type="checkbox"/> non ha mai svolto lavoro retribuito- invalido/inabile
<input type="checkbox"/> non ha mai svolto lavoro retribuito - altro

TARIFFA SUPPLEMENTARE

<input type="checkbox"/> ATS	_____
<input type="checkbox"/> PRIVATO	_____
<input type="checkbox"/> COMUNE	_____
<input type="checkbox"/> ALTRA ISTITUZIONE	_____