



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 - RSD

DATA PRESENTAZIONE DOMANDA ____/____/____

COGNOME E NOME _____

CODICE FISCALE _____

CODICE S.S.N. _____

DATA DI NACITA _____ LUOGO _____

SESSO

STATO CIVILE

femmina

maschio

celibe/nubile

coniugato/a

convivente

libero di stato

RESIDENZA ANAGRAFICA ALL'INGRESSO

COMUNE _____

CODICE ASL

321 Milano

000 Extraregionale

322 Insubria

323 Montagna

324 Brianza

325 Bergamo

326 Brescia

327 Val Padana

328 Pavia

RESIDENZA ANAGRAFICA ATTUALE

INDIRIZZO _____

CAP _____ COMUNE _____

SITUAZIONE PENSIONISTICA
(indicare solo una voce)

INDENNITA' DI
ACCOMPAGNAMENTO

Anzianità

Sociale

Invalidità Civile

Inf. sul lavoro

Altro

Si

No

PROVIENE DA

ATTIVITA' PRIMA DEL RICOVERO

Casa

Altra Struttura

Ospedale

Nulla

Lavoratore

Studente

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

SITUAZIONE FAMILIARE:
(allegare stato di famiglia)

N° Genitori in vita Fratelli/Sorelle conviventi (vedi stato di famiglia)
Età del Padre Familiari conviventi (vedi stato di famiglia)
Età della Madre

ESPERIENZE VARIE IN:

ALTRA RSD

SI
 NO

RES.COLLETTIVA

SI
 NO

COM. ALLOGGIO

SI
 NO

RES. TEMPORANEA

SI
 NO

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 ____/____/____