

|   |  |                                    |                    |
|---|--|------------------------------------|--------------------|
|  <p><b>Centro Residenziale</b><br/><b>Matteo Remaggi</b><br/>AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA</p> | <p><b>SCHEDA INGRESSO</b><br/><b>OSPITI REGIME PRIVATO</b></p> | <b>ALLEGATO A</b>                  |                    |
|   |  | <p>Data: 30/11/2022<br/>Rev. 0</p> | <p>Pag. 1 di 5</p> |

Data rilevazione \_\_\_\_\_

**DATI OSPITE E AMMINISTRATORE/FAMILIARE DI RIFERIMENTO**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Cognome:** \_\_\_\_\_

**Data di Nascita:** \_\_\_\_\_ **Luogo:** \_\_\_\_\_

**C.F.** \_\_\_\_\_

*Motivo dell'ingresso:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Persona di riferimento:**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Cognome:** \_\_\_\_\_

Amministratore di Sostegno

Tutore

Familiare (Indicare grado di parentela): \_\_\_\_\_

***Dati Sociali:***

*Provenienza al momento dell'ingresso:*

altra RSA (specificare): \_\_\_\_\_

proprio domicilio

Ospedale (specificare Reparto): \_\_\_\_\_

Ospedale di Comunità

Altro (specificare): \_\_\_\_\_

*Convivenza:*

da solo



AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

## SCHEDA INGRESSO OSPITI REGIME PRIVATO

ALLEGATO A

Data: 30/11/2022

Rev. 0

Pag. 2 di 5

con familiari (specificare): \_\_\_\_\_

con badante

con altri (specificare): \_\_\_\_\_

### *Rapporti con i familiari/caregiver*

quotidiani

saltuari

nulli

### *Abitudini al momento dell'ingresso:*

lettura

ascolto musica

radio/tv

cinema/teatro

hobby (specificare): \_\_\_\_\_

### *Dati sanitari:*

**Medico curante:** \_\_\_\_\_

**Telefono ambulatorio:** \_\_\_\_\_

**Cell** \_\_\_\_\_; **e-mail:** \_\_\_\_\_

### *Diagnosi in ingresso:*

---

---

---

---

### *Fa uso di ossigeno?*

SI       NO

Se sì, indicare i lt/min: \_\_\_\_\_

### *E' in possesso di piano terapeutico attivato per l'ossigenoterapia?*

SI       NO

**SCHEDA INGRESSO**
  
**OSPITI REGIME PRIVATO**

*È autonomo/a nell'alimentazione?*

- SI       NO

*Portatore di PEG, SNG o accessi vascolari?*

- SI       NO

Se si, specificare quali: \_\_\_\_\_

*Necessita di una dieta personalizzata consistenza e/o nutrienti)?*

- SI       NO

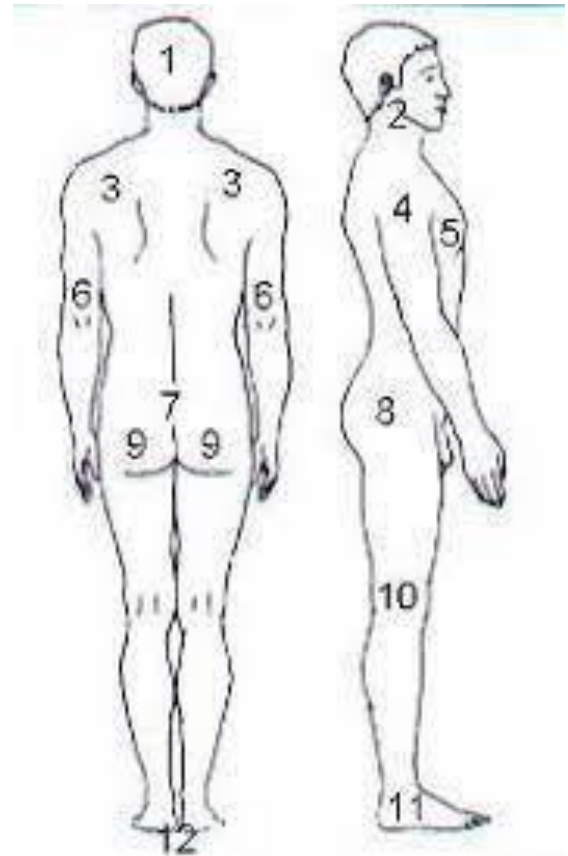
Se si indicare quale: \_\_\_\_\_

*Presenta lesioni da pressione?*

- SI       NO

Se si, indicare la sede e stadio

| <i>SEDE</i> | <i>STADIO</i> |
|-------------|---------------|
|             |               |
|             |               |
|             |               |
|             |               |
|             |               |
|             |               |
|             |               |
|             |               |



Indicare il tipo di medicazione utilizzata al momento dell'ingresso:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

## SCHEDA INGRESSO OSPITI REGIME PRIVATO

**ALLEGATO A**

Data: 30/11/2022

Rev. 0

Pag. 4 di 5

Lamenta dolore durante le medicazioni?

SI       NO

E' autonomo nella deambulazione?

SI       NO

Se si, ha subito cadute nell'ultimo mese?

SI       NO

(eventuali esiti della caduta): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se no, è autonomo nell'uso dell'ausilio?

SI       NO

Proprietà ausilio

propria       in concessione dall'Asl

Presenta disturbi del comportamento (stati di agitazione fisica o psichica)?

SI       NO

Se si, indicare brevemente quali ed in quali occasioni si manifestano:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E' orientato nel tempo e nello spazio (è cosciente del luogo e del tempo nel quale vive)?

SI       NO

Se no, specificare come questo si manifesta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

## SCHEDA INGRESSO OSPITI REGIME PRIVATO

**ALLEGATO A**

Data: 30/11/2022

Rev. 0

Pag. 5 di 5

E' seguito da uno psichiatra/neurologo di riferimento?

SI       NO

Se si, indicare nominativo e recapiti:

---

---

*Esi della valutazione ed eventuali note dell'Operatore che effettua la rilevazione:*

---

---

---

---

---

---

---

---

*Il Coordinatore Infermieristico*

---

*Il Referente Socio – Residenziale*

---

*L'O. o suo rappresentante legale*

---

**Documentazione allegata:**

- Dimissioni ospedaliere;
- Referti visite medico specialistiche;
- Relazione medica sulle condizioni cliniche in ingresso;
- Terapia corrente (a redazione del MMG);

Libretto vaccinale completo;

Attivazione PIN Tessera Sanitaria Regionale