

**Richiesta di inserimento presso le strutture socio-sanitarie, diurne e residenziali,
di Fondazione Renato Piatti onlus**

Data _____

Alla Fondazione Renato Piatti - onlus
Via Crispi, 4
21100 VARESE

da compilarsi a cura del familiare/Tutore/Amministratore di Sostegno

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

Comune

indirizzo

tel. _____

nella sua qualità di (grado di parentela) _____

CHIEDE L'INSERIMENTO IN UNA STRUTTURA DELLA FONDAZIONE R. PIATTI onlus

per il/la Sig. /Sig.ra _____

cognome

nome

da compilarsi a cura del servizio inviante

SERVIZIO INVIANTE _____

Indirizzo _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Operatore/i di riferimento: _____

cognome

nome

qualifica

CHIEDE L'INSERIMENTO IN UNA STRUTTURA DELLA FONDAZIONE R. PIATTI onlus

per il/la Sig. /Sig.ra _____

cognome

nome

Tipo di inserimento richiesto

Servizio residenziale

- R.S.D. (Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità) Sesto Calende (VA)
- R.S.D. (Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità) S.Fermo – Varese (VA)
- C.S.S. (Comunità Socio Sanitaria) Bobbiate – Varese (VA)
- C.S.S. (Comunità Socio Sanitaria) Busto Arsizio (VA)
- C.S.S. (Comunità Socio Sanitaria) Melegnano (MI)
- C.S.S. (Comunità Socio Sanitaria) “Nuova Brunella” (VA)

A tempo indeterminato

A tempo determinato periodo dal _____ al _____

Servizio diurno

- C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Bobbiate - Varese
 - C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Bregazzana – Varese
 - C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Besozzo (VA)
 - C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Melegnano (MI)
- a tempo pieno (35 ore settimanali)
- a tempo parziale (a partire da 18 ore settimanali) n. ore _____

A tal fine, in allegato, si forniscono le informazioni necessarie per la valutazione della richiesta.

Allegati:

- All. 1
- All. 2
- Altri allegati (specificare)

In fede

INFORMATIVA per la TUTELA della PRIVACY (D. Lgs. 196/03)

Ai sensi dell'art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che i dati raccolti saranno utilizzati dalla " FONDAZIONE "R. PIATTI" ONLUS ", titolare del trattamento al fine di adempiere alle esigenze contrattuali, ed ai conseguenti adempimenti degli obblighi legali e fiscali, nonché per consentire una efficace gestione dei rapporti finanziari e commerciali. I dati forniti saranno trattati anche con modalità informatiche da nostro Personale incaricato al trattamento; non saranno oggetto di alcuna diffusione; potranno essere comunicati, previo suo consenso, unicamente per le finalità esposte. Per i diritti riservati all'interessato dalla Legge si rimanda al disposto di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/03. Potrà rivolgersi per l'esercizio dei suoi diritti, al Responsabile del trattamento al N. telefonico 0332 281025.

Data _____ Firma del familiare _____

(Da compilarsi a cura dei servizi invianti e/o del familiare/Tutore/AdS e/o dell'area sociale di Fondazione Piatti)

All. 1

Anamnesi sociale

Informazioni anagrafiche utente/ospite

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Stato civile _____
Comune Provincia

Residente a _____ (CAP _____) dal _____

Codice fiscale _____ Cittadinanza _____

Attuale collocazione _____

Composizione del nucleo familiare

(specificare nome e cognome, data di nascita, grado di parentela e recapito telefonico)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Indirizzo della famiglia _____

Recapito altri familiari e persone di riferimento

(specificare nome e cognome, data di nascita, grado di parentela e recapito telefono)

1. _____

2. _____

3. _____

Diagnosi sanitaria

Situazione giuridica

Interdizione SI NO

Tutore (dati anagrafici e recapiti completi) _____

Amministrazione di sostegno SI NO

Amministratore di sostegno (dati anagrafici e recapiti completi)

Inabilitazione SI NO

Curatore (dati anagrafici e recapiti completi)

Informazioni significative sul contesto socio-familiare

Scolarizzazione:

non concluso obbligo

concluso obbligo (anno:)

formazione professionale

scuola superiore

scuola universitaria

laurea

non nota

Attività post – scuola:

nessuna

CSE/CDD

SFA

tirocinio lavoro

lavoro

altro

Altre informazioni utili (es. esperienze di integrazione sociale, inserimenti in altre strutture, frequenza ambiti di volontariato, parrocchiale, altro)

Attività prima dell'inserimento:

- nulla/pensionato
- lavoratore
- studente

Situazione pensionistica:

- Invalità civile Indennità di accompagnamento
- Sociale Anzianità Reversibilità Infortunio sul lavoro

Altro

(specificare) _____

Motivo della richiesta di inserimento e obiettivi del progetto

Servizi di riferimento

Servizio Sociale comunale (*indirizzo e recapito del servizio*)

Operatori referenti (*nome, qualifica, recapito*)

A.S.S.T.- Servizio Fragilità (*indirizzo e recapito del servizio*)

Operatori referenti (*nome, qualifica, recapito*)

A.S.S.T. - U.O.N.P.I.A. (*indirizzo e recapito del servizio*)

Operatori referenti (*nome, qualifica, recapito*)

Medico di Base (*indicare nome e recapito*)

Altro (*specificare la tipologia del servizio, indirizzo, recapito e operatori referenti*)

Compilato da: **operatore** **famigliare** (*indicare nome e cognome e firmare*)

data _____

INFORMATIVA per la TUTELA della PRIVACY (D. Lgs. 196/03)

Ai sensi dell'art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che i dati raccolti saranno utilizzati dalla " FONDAZIONE "R. PIATTI" ONLUS ", titolare del trattamento al fine di adempiere alle esigenze contrattuali, ed ai conseguenti adempimenti degli obblighi legali e fiscali, nonché per consentire una efficace gestione dei rapporti finanziari e commerciali. I dati forniti saranno trattati anche con modalità informatiche da nostro Personale incaricato al trattamento; non saranno oggetto di alcuna diffusione; potranno essere comunicati, previo suo consenso, unicamente per le finalità esposte. Per i diritti riservati all'interessato dalla Legge si rimanda al disposto di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/03. Potrà rivolgersi per l'esercizio dei suoi diritti, al Responsabile del trattamento al N. telefonico 0332 281025.

Data _____ Firma del familiare _____

All. 2

Anamnesi sanitaria - Profilo clinico funzionale
(da compilarsi a cura del medico di base o altri medici specialisti)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____
Comune Provincia

Diagnosi attuale _____

Anamnesi clinica

Problematiche psicopatologiche ed aspetti comportamentali

Terapia farmacologica attuale (nome del farmaco e posologia – orari di somministrazione)

Malattie infettive pregresse

Malattie infettive in atto

Indicazioni per: diete speciali, intolleranze e/o allergie alimentari e farmacologiche

Dieta specifica: SI NO

Presenta problemi di deglutizione: SI NO

Necessita di cibi: spezzettati tritati frullati

Protesi dentaria: SI NO

Presenta alterazioni del sonno: SI NO

Se sì, specificare: _____

Presenta incontinenza sfinterica: SI NO

Se sì, specificare: _____

Utilizza ausili per l'incontinenza: SI NO

Utilizza ausili/presidi (scarpe ortopediche, deambulatori, carrozzina, caschetto paracolpi, ecc.) SI NO

Se sì, specificare tipo e modalità d'uso: _____

allegare eventuale copia della prescrizione del medico fisiatra.

È a rischio di lesioni da decubito: SI NO

Se sì, indicare eventuali interventi preventivi da praticare presso il Centro Diurno:

N.B. allegare fotocopia della documentazione sanitaria

Compilato da _____ in data _____

ELENCO DEI DOCUMENTI DA PRODURRE AL MOMENTO DELL'INSERIMENTO

Documenti personali dell'ospite:

- * Tessera S.S.N.
- * Tessera di esenzione ticket
- * Codice fiscale
- * Carta d'identità
- fotocopia del verbale di invalidità civile
- fotocopia del certificato di gravità ai sensi della L.104/92
- fotocopia del decreto di nomina di interdizione e/o inabilitazione e/o amministrazione di sostegno

Documentazione sanitaria:

- eventuali fotocopie di cartelle cliniche, referti specialistici e relazioni cliniche, riguardanti lo stato di salute generale dell'ospite
- Anamnesi sanitaria (attraverso la compilazione dell'allegato 2 al presente modulo);
- Relazioni educative redatte dai servizi di provenienza
- esami ematochimici e strumentali recenti
- TERAPIA FARMACOLOGICA in corso, su prescrizione medica, (con indicazione dell'esatta posologia ed orari di somministrazione)
- segnalazione medica di EVENTUALI ALLERGIE farmacologiche e non

N.B. GLI ESAMI E LA TERAPIA FARMACOLOGICA VANNO TASSATIVAMENTE CONSEGNATI AI MEDICI DI STRUTTURA ENTRO E NON OLTRE 15 GG PRIMA DELL'INGRESSO.

* il documento va consegnato in originale per l'inserimento in struttura residenziale, in fotocopia per l'inserimento in struttura diurna

Alla c. a. dei MEDICI di MEDICINA GENERALE o MEDICI SPECIALISTI

ELENCO DEGLI ESAMI NECESSARI ALL'INGRESSO IN STRUTTURA RESIDENZIALE

Gent.mo collega, chiedo la Sua collaborazione per raccogliere i seguenti esami necessari all'ingresso:

- RX Torace (almeno entro i 6 mesi)
- ECG con valutazione del QTc se in corso terapia con psicofarmaci
- Emocromo +fl
- Azotemia
- Glicemia
- Creatinina
- Elettroliti
- Transaminasi
- Gamma GT
- Sideremia
- Proteine tot. + elettroforesi
- Dosaggio farmaci antiepilettici
- Markers Epatite B e C
- HIV al primo sollievo in struttura (consigliato).

Dopo i sei mesi, nel caso di nuovo sollievo, devono essere ripetuti:

- emocromo+ fl
- PCR
- VES
- Urine completo

Dopo un anno gli esami devono tutti essere ripetuti

Inoltre Le chiedo cortesemente di indicare sull'Anamnesi sanitaria la terapia in atto e qualora al momento dell'ingresso si fossero introdotte variazioni di segnalarle per scritto. Tali modalità agevolano la corretta ed immediata presa in carico sanitaria dell'Ospite da parte della RSD.

Ringrazio e porgo cordiali saluti.

Il Direttore Sanitario