

QUESTIONARIO DI AMMISSIONE

Da compilarsi a cura del medico curante

Barrare le caselle corrispondenti

A) SITUAZIONE ANAGRAFICA SOCIALE

Cognome Nome

Nato /a a il

Residenza

Stato civile: coniugato/a vedovo/a celibe/nubile

vive con: coniuge/convivente figli/parenti solo/a

altro

Persona di riferimento

parente conoscente assistente sociale

recapito telefonico

Attualmente Sig./ra si trova: a casa in ospedale altra RSA

Richiesta di soggiorno: temporaneo, per mesi

definitivo con domiciliazione

senza domiciliazione

B) CONDIZIONI CLINICHE

1) Anamnesi patologica remota

.....
.....
.....
.....
.....

2) Patologia in atto:

.....
.....
.....
.....
.....

3) Condizioni cliniche attuali:

.....
.....
.....
.....
.....

- STABILI con monitoraggio infermieristico medico e strumentale < di una volta/settimana
- MODERATAMENTE STABILI con monitoraggio programmabile una o più volte/settimana
- INSTABILI con monitoraggio quotidiano
- PREGRESSA TBC sì no
- Il Sig./ra è affetto/a da malattie contagiose sì no
- Pertanto può vivere in comunità sì no

INDISPENSABILE allegare i seguenti esami non antecedenti a tre mesi rispetto alla data della domanda:

Emocromo-Azotemia-Glicemia-Creatinina-Quadro elettrolitico-Markers epatite A/B/C-VDRL-SGOT-SGPT

Inoltre, fotocopie della documentazione sanitaria dell'Ospite (referti di esami strumentali e visite specialistiche, esami ematochimici, lettere di dimissioni di ricoveri ospedalieri recenti e pregressi).

2/6

RESIDENZA PROTETTA • ACCREDITATA DALLA REGIONE LIGURIA • CONVENZIONATA ASL1 IMPERIESE

Via Marconi, 6 - 18021 Borgomaro (Imperia) • P.IVA e C.F. 01181900083

Tel. 0183-54020 • Fax 0183-546507 • www.fondazioneorengodemora.it • info@fondazioneorengodemora.it * orengo-demora@pec.it

C) CONDIZIONI SPECIFICHE

- Stato mentale:**
- completamente confuso
 - chiaramente confuso, non si comporta come dovrebbe
 - incerto e dubbioso, ma orientato nel tempo e nello spazio
 - completamente lucido
- Stato relazionale:**
- qualsiasi contatto è causa di irritabilità
 - uno stimolo esterno normale provoca irritabilità
 - saltuariamente presenta segni di irritabilità
 - calmo e non irritabile
- Stato comportamentale:**
- cammina incessantemente, incapace di stare fermo
 - chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si alza durante la conversazione
 - saltuariamente è irrequieto, si agita durante la conversazione, muove le mani e i piedi, tocca vari oggetti
 - non presenta segni di irrequietezza, è tranquillo
- Stato nutrizionale:** adeguato malnutrizione obesità
- Dieta:**
- libera per diabetici per nefropatici
 - altro
- Deglutazione:**
- regolare
 - disfagia per liquidi per solidi
- Vista:**
- normale ipovisus OD OS
 - cecità OD OS
- Udito:**
- normale ipoacusia dx sx
 - cofosi dx sx
- Linguaggio:**
- normale disartria afasia
- Incontinenza:**
- no no, ma difficoltà a raggiungere wc
 - si solo urine solo feci completa
 - usa: pannolone catetere vescicale
- Stazione eretta:**
- buona incerta
 - con ausilio (specificare quale)
 - impossibile
- Equilibrio:**
- stabile instabile
- Rischio di cadute:**
- no sì

D) CAPACITA' FUNZIONALI

- Trasferimenti**
- necessarie due persone per il trasferimento dell'Ospite
 - l'Ospite collabora, ma è necessaria una persona
 - per una o più fasi del trasferimento è necessaria una persona
 - occorre una persona per garantire sicurezza ed infondere fiducia
- Deambulazione**
- dipendenza totale rispetto alla deambulazione
 - necessita la presenza di una o più persone per la deambulazione
 - necessaria una persona per raggiungere e manovrare gli ausili
 - deambulazione autonoma, ma necessita di supervisione, non percorre 50 metri senza bisogno di aiuto
 - autonomo nella deambulazione, usa stampelle, bastone, ecc., percorre 50 metri senza aiuto
- Locomozione su sedia a rotelle**
- Ospite in carrozzina, dipendente per lo locomozione
 - Ospite in carrozzina, può avanzare da solo per brevi tratti
 - indispensabile la presenza di una persona per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
 - si spinge da solo per brevi tratti, necessaria l'assistenza per tratti difficili
 - autonomia per la locomozione, percorre più di 50 metri
- Igiene personale**
- completamente dipendente
 - necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
 - necessaria l'assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
 - necessaria minima assistenza prima e/o dopo l'igiene personale
 - completamente indipendente
- Alimentazione**
- totalmente dipendente, va imboccato
 - necessita assistenza attiva
 - necessarie supervisione e assistenza nei gesti più complicati
 - necessaria assistenza solo in operazioni complicate (tagliare la carne, aprire le confezioni, ecc).
 - totalmente indipendente
- In caso di frattura recente:** tipo di frattura
trattamento
eseguito il
rimozione gesso



concessione al carico
Necessita di FKT: no si

Piaghe da decubito No
 Si, multiple: no si

Staging: superficiale
 limitata al sottocute
 profonda (necrosi-ulcerazione muscolo/periostio)

Ricoveri per patologia psichiatrica: no si

Le condizioni mentali del Sig./ra consigliano
sorveglianza continua no si

Le condizioni mentali del Sig./ra costituiscono pericolo
per sé, o agli altri no si

T.S. no si

Grado di collaborazione: collaborante
 poco collaborante
 assenza di collaborazione

E) TERAPIE

Terapie mediche in atto:
.....
.....
.....
.....
.....

Medicazioni in atto: no si
sede
tipo
frequenza

Terapie particolari in corso o programmate: no si

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nutrizione parentale totale | <input type="checkbox"/> Chemioterapia |
| <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> Dialisi |
| <input type="checkbox"/> Broncoaspirazione | <input type="checkbox"/> altro |



FONDAZIONE
O R E N G O - D E M O R A

MOD. N. 23/2
REV. 01/02/2017

Allergie a farmaci e/o alimenti no
 si

Portatore di pace-maker no si impiantato il

GRADO DI AUTOSUFFICIENZA

Autosufficiente

Parzialmente autosufficiente

Non autosufficiente

Obbligato a letto

Mobilità in carrozzella SI NO

Con appoggio SI NO

MEDICO CURANTE

Cognome e nome _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Data _____

Firma _____