



**FONDAZIONE
ORENCO-DEMORA
ETS**

MOD. N. 23/3
REV. 01/01/2026

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



**FONDAZIONE
ORENCO-DEMORA
ETS**

MOD. N. 23/3
REV. 01/01/2026

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

RSA MANTENIMENTO/ RP • 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



**FONDAZIONE
ORENGO-DEMORA
ETS**

MOD. N. 23/3
REV. 01/01/2026

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
- Deglutizione:**
- ☐ 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
 - ☐ sì
 - ☐ solo urine
 - ☐ solo feci
 - ☐ completa
 - usa: ☐ pannolone
 - ☐ catetere vescicale
- Stazione eretta:**
- ☐ buona
 - ☐ incerta
 - ☐ con ausilio (specificare quale).....
 - ☐ impossibile

3/6



**FONDAZIONE
ORENGO-DEMORA
ETS**

MOD. N. 23/3
REV. 01/01/2026

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 la 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
difficoltosi
☐ 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

4/6



**FONDAZIONE
ORENGO-DEMORA
ETS**

MOD. N. 23/3
REV. 01/01/2026

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

5/6



**FONDAZIONE
ORENCO-DEMORA
ETS**

MOD. N. 23/3
REV. 01/01/2026

Terapie particolari in corso o programmate: ☐ no ☐ si

- | | |
|--|--|
| ☐ Nutrizione parentale totale | ☐ Chemioterapia |
| ☐ Nutrizione enterale | ☐ Radioterapia |
| ☐ Ossigenoterapia | ☐ Dialisi |
| ☐ Broncoaspirazione | ☐ Cure palliative |
| ☐ altro | |

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