CASA di CURA AMBROSIANA S.p.A.

Sistema Sanitario Regione Lombardia

FONDAZIONE SACRA FAMIGLIA ONLUS

Per inoltro a **Casa di Cura Ambrosiana - FAX 02.4587.6860** ----- Per inoltro a **Fondazione Sacra Famiglia - FAX 02.45677906**

DOMANDA DI RICOVERO

Cognome:	Nome:	
Nato il:	A:	
Residente a:	Via:	n°
Domiciliato a:	Via:	n°
Stato civile:	Professione:	Scolarità:
Telefono:	Cellulare:	
Codice Fiscale:	Tessera Sanitaria:	

Cittadinanza:	☐ Italiana ☐ Altro _____	Permesso Soggiorno:	☐ Si ☐ No
Codice S.T.P.	☐ Si ☐ No		

Invalidità civile	Indennità di accompagnamento	Pensione
☐ Si ☐ No ☐ In corso	☐ Si ☐ No ☐ In corso Data di attivazione:	☐ Minima ☐ Anzianità ☐ Reversibilità ☐ Nessuna ☐ Altro

FAMILIARI O FIGURE DI RIFERIMENTO

☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno

1	Parentela:	Cognome e Nome:	
	Residente a:	Via:	n°
	Telefono casa:	Cellulare:	
2	Parentela:	Cognome e Nome:	
	Residente a:	Via:	n°
	Telefono casa:	Cellulare:	

SITUAZIONE SOCIALE

PRIMA DEL RICOVERO IL/LA PAZIENTE VIVE o VIVEVA CON

☐ Solo/a	☐ Con coniuge	☐ Con figlio/a sposato/a	☐ Con figlio/a non sposato/a
☐ RSA/RSD	☐ Badante	☐ Altro (specificare):	

Assistito al domicilio: ☐No ☐Si da: ☐Parente ☐CMA ☐ADI ☐Altro _____

Al domicilio sono presenti barriere architettoniche (gradini, ascensore non idoneo, ecc) ? ☐Si ☐No

ALLA DIMISSIONE DALLA NOSTRA UNITA' OPERATIVA POTRA' RIENTRARE DOVE SI TROVAVA PRIMA DEL RICOVERO?

☐ SI

Se non può rientrare al domicilio compilare gli item qui a fianco

☐ NO, perché:

E' già stata avviata eventuale domanda di ricovero in RSA/RSD ?

☐ No ☐ Si, con il seguente riscontro:

E' stata fatta segnalazione al Servizio Sociale del Territorio?

☐ No ☐ Si, con il seguente riscontro:

Presa in carico: ☐ Si ☐ No

E' stato preso in carico dal Servizio Sociale dell'Ospedale dove ora si trova?

☐ No ☐ Si, con il seguente riscontro:

COMPILATORE DELLA SITUAZIONE SOCIALE

Qualifica (paziente, familiare, ass.soc. ecc)	Cognome e Nome	Telefono	Firma

Mod. 28.02

QUESTIONARIO SANITARIO

(da compilarsi a cura del medico curante o dell'ospedale)

MOTIVO DELLA RICHIESTA DI RICOVERO

Data dell'eventuale evento acuto: Data dell'eventuale intervento chirurgico:

COMORBILITA'

1.	4.
2.	5.
3.	6.

DOVE SI TROVA IN QUESTO MOMENTO IL/LA PAZIENTE

☐ Domicilio
☐ Nell'Unità Operativa _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ dell'Ospedale:_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ dal giorno:_ _ _ _ _ _ _
☐ Altro:

UNITA' OPERATIVA IN CUI SI RICHIEDE CHE VENGA RICOVERATO

☐ Riabilitazione Specialistica	☐ Riabilitazione Generale Geriatrica	☐ Riabilitazione di Mantenimento	☐ Medicina	☐ Chirurgia

BADL

Continenza	Andare in bagno
☐ Continente per feci e urine ☐ Perdite occasionali ☐ Incontinenza urinaria ☐ Incontinenza fecale ☐ Colonstomia ☐ Catetere vescicale in sede	☐ Autonomo ☐ Parzialmente dipendente ☐ Dipendente
Lavarsi	**Vestirsi**
☐ Autonomo ☐ Parzialmente dipendente ☐ Dipendente	☐ Autonomo ☐ Parzialmente dipendente ☐ Dipendente
Alimentazione	**Deambulazione**
☐ Autonomo ☐ Parzialmente dipendente ☐ Dipendente ☐ PEG ☐ SNG ☐ Disfagia	☐ Autonomo ☐ Parzialmente dipendente ☐ Dipendente

PASSAGGI POSTURALI

☐ Autonomo ☐ Con 1 persona ☐ Con 2 persone ☐ Impossibili

IL PAZIENTE PUO' DEAMBULARE?

☐ NO	☐ SI (specificare da quando):			
	☐ Con arto in scarico	☐ Con carico parziale	☐ Con carico	☐ Con ausili/ortesi: _____

SENSORIO

Vista	☐normale	☐compromessa	☐molto compromessa
Udito	☐normale	☐compromesso	☐molto compromesso
Linguaggio	☐normale	☐disartria	☐afasia

COMUNICAZIONE - COLLABORAZIONE

	Si	*No*
☐ Disattento	☐	☐
☐ Agitato	☐	☐
☐ Delirante	☐	☐
☐ Deficit cognitivo (disorientamento)	☐	☐
☐ Wandering (vagabondaggio)	☐	☐
☐ Vengono usati mezzi di contenzione Quali: _____	☐	☐

TEGUMENTI

☐ Cute integra	Grado EPUAP della lesione			
☐ Lesione da decubito in sede:	☐ 1°	☐ 2°	☐ 3°	☐ 4°

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (specificare posologia)

VALUTAZIONE DELLA STABILITA' CLINICA DEL PAZIENTE

☐ Moderatamente stabile ☐ Moderatamente instabile ☐ Instabile

NOTE – ALTRI PROBLEMI CLINICI ED INFORMAZIONI UTILI

Data, Firma e Timbro del Medico	Telefono

Documenti da allegare: fotocopia Codice Fiscale, fotocopia Carta Identità, fotocopia Tessera Sanitaria, Progetto Riabilitativo (eventuale), richiesta di ricovero su ricettario regionale.

Per inoltro a **Casa di Cura Ambrosiana** - **FAX 02.4587.6860** - Per inoltro a **Fondazione Sacra Famiglia** - **FAX 02.45677906**

Il presente documento si può consegnare direttamente presso l'Ufficio Accettazione dei rispettivi Enti.

N.B. L'incompleta compilazione della presente scheda potrebbe comportare il rifiuto della richiesta di ricovero.