

CASA DI RIPOSO E DI RICOVERO – CASALE MONFERRATO

I.P.A.B.

P.zza Cesare Battisti 1 - 15033 CASALE MONFERRATO

C.F. E P.IVA 00417790060

Tel. 0142 / 332511 centralino Fax 0142 / 76359 Mail accettazione@cdrcasale.it

Data di presentazione _____

Compilata da _____

DATA INGRESSO _____ **PRESSO** _____ **COD.MATR.** _____

SCHEDA AMMINISTRATIVO – SANITARIA NUCLEI ASSISTITI

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____ CODICE ESENZ.TICKET _____

PATERNITA' _____ MATERNITA' _____

STATO CIVILE _____ COGNOME E NOME CONIUGE _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ VIA _____

ATTUALE DOMICILIO _____ VIA _____

PROFESSIONE _____ TITOLO DI STUDIO _____

PATENTE AUTO _____ TARGA AUTO INTESTATA _____

ENTI PENSIONISTICI _____ TIPI PENSIONE _____

DELEGA alla riscossione _____ PRESSO _____

INVALIDITA' CIVILE : VERBALE ASL _____ IN DATA _____ CODICE _____

DOMANDA IN CORSO PRESENTATA IN DATA _____

DOMANDA DI CONVENZIONE presentata c/o DISTRETTO ASL _____ DATA _____

CAMBIO RESIDENZA SI NO CAMBIO MEDICO SI NO _____

TUTORE / CURATORE / AMM. SOSTEGNO _____

PARENTI : COGNOME E NOME , RAPPORTO PARENTELA , INDIRIZZO COMPLETO , INDIRIZZO
POSTA ELETTRONICA , RECAPITO TELEFONICO

Il paziente si trova attualmente: _____

DATA DI INGRESSO _____

NUCLEO ASSISTITO _____

IMPORTO GIORNALIERA / MENSILE € _____

QUOTA A FONDO PERDUTO DA VERSARE CON LA 1^ MENSILITA' € _____

INTEGRAZIONE ASL NO SI versa quota mensile € _____

NOTE _____

IMPEGNO PAGAMENTO SI ASSUME IMPEGNO DI PAGAMENTO DELLA RETTA DI CUI SOPRA ACCETTANDO LE REGOLE DELLA STRUTTURA, IL MENSILE CONCORDATO PER L'ANNO IN CORSO E PER QUANTO IN SEGUITO DELIBERATO DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

TIPOLOGIA DI PAGAMENTO CONTANTI PRESSO LO SPORTELLLO DI TESORERIA

BONIFICO BANCARIO BANCA D'APPOGGIO _____ FILIALE DI _____

E di informare tempestivamente questo Ente nel caso di variazioni.

COGNOME NOME OSPITE _____

INDIRIZZO COMPLETO _____

C.F. _____ data _____

FIRMA IN SOLIDO PER PAGAMENTO RETTA _____

1° COOBLIGATO _____

INDIRIZZO COMPLETO _____

C.F. _____ GRADO PARENTELA _____

data _____ FIRMA IN SOLIDO PER PAGAMENTO RETTA _____

2° COOBLIGATO _____

INDIRIZZO COMPLETO _____

C.F. _____ GRADO PARENTELA _____

data _____ FIRMA IN SOLIDO PER PAGAMENTO RETTA _____

ALLEGATI RICHIESTI PER TUTTI I FIRMATARI : CARTA D'IDENTITA', CODICE FISCALE, CUD/730

<p>Stato Mentale : capacità di rispondere alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce.</p>	Lucido : orientato nel tempo e nello spazio, risposta rapida.	4
	Apatico : orientato nel tempo, nello spazio e nelle persone, con una ripetizione della domanda (non legata all'ipoacusia).	3
	Confuso : parzialmente orientato nel tempo, nello spazio e nelle persone. La risposta può essere rapida.	2
	Stuporoso : totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paziente potrebbe essere in stato comatoso.	1
<p>Deambulazione : distanza e dipendenza nella deambulazione.</p>	Normale : deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'uso di presidei (es. bastone).	4
	Cammina con aiuto : deambula fino a quando è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per deambulare. Può usare anche un presidio.	3
	Costretto su sedia : si muove soltanto con sedia a rotelle	2
	Costretto a letto : confinato a letto per 24 ore.	1
<p>Mobilità : quantità e movimento di una parte del corpo.</p>	Piena : può muovere o controllare le estremità come vuole. Con o senza presidi.	4
	Moderatamente limitata : può muovere o controllare le estremità con una minima assistenza da parte di un'altra persona. Con o senza presidi.	3
	Molto limitata : limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggiore assistenza da parte di un'altra persona. Con o senza presidi.	2
	Immobile :	1
<p>Incontinenza</p>	Nessuna	4
	Occasionale	3
	Abituale Urinaria	2
	Abituale Urinaria e fecale	1

EVENTUALI PREGRESSI RICOVERI PRESSO OSPEDALI (REPARTI) PSICHIATRICI

- NO SI, remoti SI, recenti

In caso affermativo, specificare diagnosi alla dimissione e terapia consigliata

VISTA

- Normale
 Diminuita
 Cecità

Peso Kg

UDITO

- Normale
 Diminuito
 Sordità

Altezza cm.

LINGUAGGIO

- Normale
 Alterato
 Se alterato, specificare

STATO METABOLICO NUTRIZIONALE

- Soddisfacente In equilibrio farmacologico Scompensato

Eventuali
precisazioni _____

COMPENSO CARDIO-CIRCOLATORIO

- Nella norma In equilibrio farmacologico
 Soddisfacente Scompensato

Eventuali
precisazioni _____

CONDIZIONI RESPIRATORIE

: _____

Eventuali
precisazioni _____

CONDIZIONI PSICHICHE

Fasi di confusione e disorientamento

Persistente disorientamento spazio-temporale

Fasi di agitazione psico-motoria

Inversione del ritmo sonno-veglia

Altro _____

ATTUALMENTE E' IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CON:

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE, SEGNALAZIONI, SUGGERIMENTI:

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

SPAZIO RISERVATO

CONSULTO INFERMIERISTICO

*Presa visione della documentazione sanitaria allegata; si ritiene che, alla data odierna, sotto l'aspetto infermieristico, l'Ospite rientra nei parametri di anziano **non autosufficiente**.*

NOTE AGGIUNTIVE *si conferma il peso pari ad kg* _____

Data e firma leggibile I.P. _____

CONSULTO PSICOLOGICO (se necessario) **DOTT.SSA SIMONA PANELLI**

Data e firma _____

RESPONSABILE DI STRUTTURA **DOTT. PAOLO F. BARBANO**

RESPONSABILE SANITARIO **DOTT. MARIO GALZERANO**

Vista la documentazione prodotta, si esprime parere

FAVOREVOLE CONTRARIO IN PROVA SINO AL _____

all'accettazione del/la Sig./ra _____

QUALE OSPITE NON CONVENZIONATO

presso codesto Istituto nel reparto _____ in **via transitoria**, in

attesa di destinazione definitiva e/o convenzione in altro reparto, secondo quanto stabilito dalla competente UVG e/o dalle mutate condizioni sanitarie. Destinazione alla quale è inderogabilmente necessario adeguarsi, salvo rinuncia scritta del posto.

Data: _____

FIRMA DEL RESPONSABILE

al Sig./alla Sig.ra _____

In ottemperanza alle disposizioni di cui al Dlgs n°196 del 30/06/2003, si comunica che questa Amministrazione per poter dar corso al ricovero ed all'assistenza del Sig./Sig.ra _____, abbisogna di conoscere i dati personali (quali nome, cognome, codice fiscale, data di nascita, residenza ecc.) ed i dati riguardanti la salute del/della ricoverato/a oltre ai dati riguardanti i familiari o persone cui fare riferimento per la tutela della persona.

In particolare, ai sensi delle disposizioni di cui al Dlgs n°196 del 30/06/2003, si comunica che i dati sono oggetti di trattamento da parte di questa istituzione, nel rispetto della normativa del Dlgs n°196 del 30/06/2003, secondo le seguenti modalità:

a) finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati:

- il trattamento riguarda qualunque operazione e complesso di operazioni, svolti con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati.

- Il trattamento dei dati avverrà con procedure atte a garantirne la sicurezza.

- I dati verranno trattati per le finalità istituzionali inerenti alla attività di questo Ente come segue:

1) i dati personali sono utilizzati per le registrazioni interne, l'emissione di documenti finalizzati alla riscossione della retta, le comunicazioni a Enti vari, per la gestione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali al ricoverato/a nonché per la tutela sanitaria del medesimo/a;

2) i dati riguardanti lo stato di salute sono utilizzati per l'attuazione di misure sanitarie per la tutela della salute (ricoveri ospedalieri compresi), per la cura del ricoverato e per la gestione sanitaria del medesimo/a.

b) la natura del conferimento di tali dati è obbligatoria.

c) conseguenze dell'eventuale rifiuto a rispondere e conferire i dati: impossibilità oggettiva di effettuare la gestione dell'ospite e degli adempimenti riguardanti la tutela sanitaria, quali la cura, l'esame delle problematiche di salute, la richiesta di ausili sanitari, gli interventi all'interno dell'Ente o in caso di ricovero ospedaliero, e le procedure amministrative, quali l'emissione della retta di ricovero, comunicazioni all'interessato o ai familiari, ecc.

d) i dati possono essere utilizzati e comunicati, per i fini istituzionali, all'interno dell'istituzione dalle persone incaricate del trattamento ed all'esterno dal Tesoriere dell'Ente, che provvede alla riscossione delle rette di ricovero, agli organismi competenti alla tutela della salute, alla ASL ed altri Enti pubblici in base a specifici adempimenti normativi.

e) l'interessato ha diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare, opporsi al trattamento dei dati, nonché alla applicazione degli altri diritti riconosciuti dal Dlgs n°196 del 30/06/2003. Per l'esercizio dei propri diritti la S.V. potrà rivolgersi alla Direzione Amministrativa dell'Ente.

Il titolare e rappresentante legale di questa istituzione è il Presidente pro tempore , domiciliato a Casale Monferrato Piazza Cesare Battisti 1.

Il Dlgs n°196 del 30/06/2003 prevede inoltre che l'interessato dia il proprio assenso scritto per il trattamento dei dati riguardanti lo stato di salute.

Si prega pertanto restituire l'allegato modulo, unitamente alla restante documentazione occorrente al ricovero, debitamente sottoscritto per autorizzazione al trattamento dei dati.

Con distinti saluti.

IL TITOLARE
Il Presidente pro tempore

AI PRESIDENTE della Casa di Riposo e di Ricovero di Casale Monferrato

Il sottoscritto/la sottoscritta _____

dichiara di avere ricevuto per iscritto da parte del Titolare le informazioni di cui all'art.10 della legge 675/1996.

In particolare dichiaro di aver liberamente preso atto che i miei dati saranno utilizzati per la gestione del ricovero presso la Casa di Riposo e di Ricovero di Casale Monferrato e che mi è riconosciuto il diritto di conoscere , cancellare, rettificare, aggiornare, integrare ed oppormi al trattamento dei dati stessi nonché gli altri diritti riconosciuti dall'art. 13 della legge 675/1996.

Per far valere i miei diritti potrò rivolgermi alla Direzione Amministrativa dell'Ente.

Di conseguenza autorizzo il titolare, e gli incaricati al trattamento della Casa di Riposo e di Ricovero ad effettuare il trattamento dei dati personali ed alla comunicazione dei medesimi, ai fini istituzionali dell'Ente, ad altri Enti, organismi amministrativi e sanitari, con particolare ed espresso riferimento a quelli riguardanti lo stato di salute, necessari per la gestione del ricovero e la tutela sanitaria.

AUTORIZZO

- Inoltre i Responsabili e gli incaricati dell'Azienda Sanitaria e della Casa di Riposo e di Ricovero al trattamento dei miei dati personali e di quelli sensibili, (stato di salute / economici) a fini autorizzativi e/o a fini di diagnosi, cura, riabilitazione, prevenzione e ricerca, (in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi); e all'eventuale invio di tali dati a : CSI Piemonte, Enti Locali, Organi Centrali e Periferici dello Stato, Aziende Sanitarie Pubbliche e Private, Aziende Ospedaliere e/o qualunque altro organismo collegato all'Azienda solo ed esclusivamente per l'adempimento di obblighi istituzionali
- i Dirigenti Sanitari dell'Azienda Sanitaria a comunicare i dati inerenti il mio stato di salute a fini di diagnosi, cura, riabilitazione, prevenzione :
- do i mio consenso a comunicare i risultati della visita ambulatoriale / prelievo e del trattamento dei miei dati sensibili a fini autorizzativi anche a terzi (compresi i familiari).

Prendo infine atto che i consensi sopra riportati hanno valore anche per prestazioni sanitarie ripetitive della stessa patologia.

data, li _____

firma

ALLEGATO ALLA DOMANDA AMMINISTRATIVO-SANITARIA

CASA DI RIPOSO

- L'Ente non risponde degli oggetti personali e di valore degli Ospiti.
- Si precisa che il reparto (così anche per la camera e il letto) assegnato all'Ospite al momento dell'ingresso in struttura potrà non essere definitivo. L'Ospite stesso verrà valutato periodicamente e conseguentemente inserito nel nucleo (camera e letto) più idoneo al soddisfacimento delle Sue necessità e/o patologia e spostato anche a seconda delle esigenze organizzative del nucleo o dell'Ente..
- In base alle prescrizioni del medico curante o dello specialista potranno essere utilizzati presidi anticaduta e/o di sicurezza a seconda delle necessità ed a garanzia dell'incolumità dell'Ospite. Di tali prescrizioni verrà data comunicazione ai parenti e/o aventi causa che saranno tenuti a sottoscrivere tale comunicazione per presa d'atto e manleva per gli effetti della suddetta prescrizione.
- Si precisa che l'Ospite inserito nel Progetto Alzheimer (Progetto Alfa), sia in regime di convenzione sia inserito privatamente, verrà periodicamente rivalutato dalla Commissione UVG della competente ASL o dalla Commissione Medica Interna e conseguentemente, qualora verranno a mancare i requisiti richiesti da tale Progetto in base alla normativa regionale attualmente in vigore, l'Ospite stesso verrà inserito in reparto adeguato.
- DISDETTA DEL POSTO LETTO : dovrà essere comunicata per iscritto e consegnata direttamente all'Ufficio Accettazione dell'Ente o inviata a mezzo raccomandata. Qualora non pervenga alcuna disdetta con le modalità di cui sopra, la disdetta coinciderà con la data di decesso dell'Ospite. Nel caso il paziente venga ricoverato presso qualunque struttura sanitaria il trasferimento non può intendersi come disdetta. La disdetta corrisponderà alla data del decesso anche se avvenuto al di fuori della struttura e il posto letto verrà comunque mantenuto sino a che non pervenga la disdetta con le modalità sopra indicate. La retta quindi continuerà ad essere integralmente dovuta sino alla disdetta formale o alla data del decesso.
- Gli effetti personali dell'Ospite devono essere ritirati entro 8 gg dalla data di disdetta. Oltre tale termine l'Ente si dichiara sollevato da ogni responsabilità in merito.

Casale M.to, lì _____

**Per presa visione, accettazione .
Copia della documentazione può essere rilasciata previa richiesta
all'ufficio Accettazione della Casa di Riposo.**

COGNOME E NOME - TITOLO

Firma del Parente / Avente causa

DOCUMENTI PRESENTATI DELL'OSPITE

- DOCUMENTO D'IDENTITA' (C.I. - PATENTE - LIBRETTO PENSIONE)
- TESSERA SANITARIA EUROPEA - LIBRETTO SANITARIO CON ASSEGNAZIONE MEDICO
- ESENZIONE TICKET _____
- VERBALE INVALIDITA' / domanda in corso _____
- ESAMI RICHIESTI TBC - EMATICI – HIV – HCV- ANTIGENE AU
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
- PROGETTO "MAI SOLI"
- CUD / 730 / UNICO / DSE
- SCELTA PER FARMACI _____

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

DOCUMENTI PRESENTATI DAI FIRMATARI IMPEGNO PAGAMENTO

- DOCUMENTO D'IDENTITA' _____
- CODICE FISCALE _____
- CUD / 730 / UNICO / DSE _____

TRAMESSA COPIA AL REPARTO IN DATA _____

COPIA CONSEGNATA AL PARENTE IN DATA _____