



Riservato alla Struttura

ID domanda _____

Data accoglimento _____

DOMANDA DI INSERIMENTO IN APSP

1. Generalità della persona che richiede di essere accolta in APSP

Cognome e nome _____ Sesso *M* *F*

Nato a _____ Prov _____ il _____

Cittadinanza _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____

Tessera sanitaria _____

Tessera esenzione Ticket _____

Tel. _____

Stato civile: Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a

Vedovo/a

Dati sociali: assegno di accompagnamento: si no

percepisce la pensione: si no

Titolo di studio _____

Professione svolta all'ingresso in APSP _____

2. Qualifica e Generalità della persona che presenta la domanda

Il sottoscritto in qualità di:

Soggetto direttamente interessato

Familiare di riferimento (*specificare:* _____)

Amministratore di sostegno

Tutore

Curatore

Assistente familiare (badante)

Assistente Sociale

Funzionario del Comune di _____

Cognome e nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____

Telefono 1 _____

Telefono 2 _____

e-mail _____

Il sottoscritto, dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta.

Si impegna, inoltre, a comunicare alla APSP l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).

Data _____

Firma del richiedente

(allegare fotocopia C.I.e C.F.)

Motivo della domanda

- Persona non autonoma Vive solo Alloggio non idoneo
 Difficoltà familiari Altro (specificare) _____

Urgenza del ricovero

- Estrema Ordinaria Inserimento in lista di attesa a scopo preventivo

Tipologia di assistenza

- Ricovero definitivo
 Ricovero temporaneo (specificare periodo) _____

La persona attualmente vive presso:

- Abitazione propria di terzi (specificarne la proprietà) _____
Ospedale (specificare) _____
Istituto di riabilitazione (specificare) _____
RSA (Casa di riposo) (specificare) _____
Struttura psichiatrica (specificare) _____
Altra struttura (specificare) _____
Altro (specificare) _____

Se residente in abitazione

- Piano _____
Ascensore si no
Barriere architettoniche si no
Riscaldamento si no
Servizi Igienici Interni Esterni
Giudizio complessivo abitazione Idonea Parzialmente idonea Non idonea

L'anziano usufruisce attualmente di

- Invalidità civile si (% _____ Codice _____)
 no In attesa (data visita) _____

Assegno di accompagnamento si
 no In attesa (data richiesta) _____

Assistenza Domiciliare Sociale si no

Assistenza Domiciliare Sanitaria si no

Protesi ed ausili in uso

deambulatore personale ASL

carrozzina personale ASL

materassino antidecubito personale ASL

cuscino antidecubito personale ASL

letto ortopedico personale ASL

presidio per incontinenza personale ASL

altro (specificare) _____

SEZIONE COVID-19:

Il richiedente dichiara che la persona interessata all'accoglienza:

ha effettuato la vaccinazione completa AntiCovid 19 in data _____

ha effettuato la prima dose vaccinale AntiCovid 19 in data _____ ed è in attesa della seconda dose.

è guarita da infezione da Covid 19 negli ultimi 6 mesi (data _____) ed è favorevole al rilascio del consenso per la vaccinazione nei tempi e nei modi previsti dalle vigenti normative nazionali e regionali

non è vaccinata e non ha contratto l'infezione da Covid 19 ed è favorevole al rilascio, al momento dell'ingresso, del consenso per la vaccinazione, che verrà effettuata nei tempi e nei modi previsti dalle vigenti normative nazionali e regionali

non è vaccinata e non ha contratto l'infezione da Covid 19 e non è favorevole al rilascio, al momento dell'ingresso, del consenso per la vaccinazione, che verrà effettuata nei tempi e nei modi previsti dalle vigenti normative nazionali e regionali

INFORMAZIONI SULL'AUTONOMIA DELLA PERSONA

La persona è capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa?

- No, non è in grado. Richiede la completa assistenza di *due* persone
- E' necessaria la completa assistenza di *una* persona per *tutte* le fasi della manovra
- Per una o più fasi del trasferimento è necessaria l'assistenza di una persona
- Occorre la presenza di una persona, ma solo per infondere fiducia o garantire sicurezza
- E' completamente autonoma

La persona è in grado di camminare da solo almeno per 50 metri?

- No, non è in grado
- E' in grado, ma è necessaria la presenza costante di una o più persone
- Serve aiuto, ma solo per raggiungere il bastone o altri ausili
- E necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
- Sì, percorre almeno 50 metri senza aiuto o supervisione (non importa se con il bastone o un altro ausilio)

Se non cammina, è in grado di manovrare da solo la sedia a rotelle?

- No, non è in grado
- Sì, ma solo per brevi tratti e su superficie piana
- Serve aiuto solo per accostarsi al tavolo o al letto
- Serve aiuto solo negli spazi più angusti
- E' totalmente autonoma

La persona è in grado di provvedere da solo alla propria igiene?

- No, non è in grado. E' completamente dipendente dagli altri
- E' necessario aiutarlo in *tutte* le fasi dell'igiene personale
- E' necessario aiutarlo solo in alcune fasi dell'igiene personale
- E' in grado, ma richiede solo un minimo di assistenza prima o dopo l'operazione da eseguire
- E' completamente autonoma

La persona è in grado di alimentarsi autonomamente?

- No, non è in grado. Va imboccato o è nutrito per altre vie (nutrizione enterale o parenterale)
- Riesce a manipolare una posata, ma è necessaria assistenza attiva per tutto il pasto
- Serve assistenza per gli atti più complicati, come versare il latte o lo zucchero nel thé, aggiungere sale o pepe, imburrare, rovesciare un piatto
- Serve aiuto solo per tagliare la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli.
- E' completamente autonoma

La persona è confusa?

- Sì, le capacità di pensiero sono completamente destrutturate

- Appare chiaramente confusa e non si comporta, in alcune situazioni, come dovrebbe
- Appare incerta e dubbiosa, ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio
- La persona è in grado di pensare chiaramente e ha contatti normali con l'ambiente

La persona è particolarmente irritabile?

- Sì, sempre.
- Si irrita facilmente, anche in occasioni o per stimoli che non dovrebbero essere provocatori
- Si irrita solo se provocato e se gli vengono rivolte domande indiscrete
- No, è sempre calma

La persona è fisicamente irrequieta?

- Sì, è incapace di stare fermo anche per brevi periodi di tempo o cammina incessantemente
- E' molto irrequieto: non riesce a stare seduto, contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano
- Si agita, gesticola, ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
- La persona non mostra alcun segno di irrequietezza motoria.

ALTRE INFORMAZIONI SOCIALI

<i>Autonomia nelle attività strumentali</i>	<i>Autonomo</i>	<i>Riceve aiuto</i>	<i>Non in grado</i>
1. Uso del telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fare acquisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cucinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pulizia della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fare il bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Spostarsi con i mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Assumere farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Maneggiare denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'anziano esce di casa?	<input type="checkbox"/> sì (<input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> accompagnato)		<input type="checkbox"/> no

Altre notizie mediche utili al ricovero (particolari patologie invalidanti, prestazioni mediche periodiche, es. dialisi, chemio, ecc.)

Informativa sul il trattamento dei dati personali

Titolare del Trattamento: Apsp Matteo Remaggi, nella persona del Presidente pro tempore del C. di Amministrazione, Via Tosco Romagnola, 2280 – Cascina (PI);

Responsabile del Trattamento: contattabile all'indirizzo direttore@matteoremaggi.it

Responsabile della Protezione dei Dati (RPD): contattabile all'indirizzo e-mail DPOePRIVACY@protonmail.com

Finalità del trattamento: acquisizione informazioni per la formazione della graduatoria di accesso alla Rsa in forma privata;

Base giuridica del trattamento: “salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato” “esecuzione di un compiti di pubblico interesse”, “perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento e di terzi” art. 6, co. 1, lett. d), e), f), Reg UE679/2016.

Periodo conservazione dei dati: il Titolare ed il Responsabile conserveranno e tratteranno i dati personali forniti fino al termine del servizio e per un periodo ulteriore strettamente finalizzato all'espletamento delle procedure di conservazione, archiviazione e scarto d'archivio secondo la regolamentazione in materia di archivi degli Enti Locali.

Diritti dell'interessato: (artt. 15 e ss. Regolamento): l'interessato ha diritto in ogni momento di esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e l'accesso agli stessi;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;
- f) proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali.

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali al solo scopo dell'inserimento nella graduatoria di accesso all'APSP Matteo Remaggi in forma priva.

Data _____

Firma _____