

DOMANDA DI AMMISSIONE
 Strutture residenziali e semiresidenziali
 Residenza Protetta (RP/RPD) e Centro Diurno Demenze

AL COMUNE DI _____

VIA _____

PER CONTO DEL

PUA - Punto Unico di Accesso
 c/o Distretto Sanitario
 Via Brodolini 107 Fabriano 60044 (AN)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (AN) in via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ Tel _____ Cell. _____

e-mail _____

CHIEDE L'AMMISSIONE IN

<input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO	<input type="checkbox"/> CENTRO RESIDENZIALE
- Centro Diurno Demenze <input type="checkbox"/>	- Residenza Protetta:
- FABRIANO <input type="checkbox"/> IRIS	- FABRIANO <input type="checkbox"/> SERRA SAN QUIRICO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SANTA CATERINA	- CERRETO D'ESI <input type="checkbox"/> CASA DI RIPOSO S. GIUSEPPE <input type="checkbox"/>
	- SASSOFERRATO <input type="checkbox"/> TUTTE <input type="checkbox"/>
	Residenza Protetta Demenze (RPD)

Per se medesimo

oppure

Per _____ grado di parentela _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (AP) in via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ Tel _____ Cell. _____

Pagamento retta:

- Retta a TOTALE a carico del richiedente
- Retta a PARZIALE a carico del richiedente (la domanda di integrazione retta va presentata al Comune di residenza del destinatario del servizio)

Consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali ai soli fini dello svolgimento del procedimento per l'ottenimento del servizio semiresidenziale/residenziale ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

Allega alla presente:

- **valutazione del Medico di Medicina Generale (ALLEGATO A)**
- **copia del documento di identità del richiedente**
- **copia del verbale di invalidità civile qualora presente**
- *Cartella Clinica*

Luogo e Data _____

IL RICHIEDENTE

(firma leggibile)

Allegato A

SCHEDA DESCRITTIVA dell'AUTOSUFFICIENZA

(da compilare a cura del medico di famiglia)

Cognome e Nome

Sesso M/F ; Nato a.....

Residente a Via.....

Invalidità Civile.....

MOBILITA'

Cammina Autonomamente	SI	NO
Scende e sale le scale autonomamente	SI	NO
Cammina con l'aiuto di terzi	SI	NO
Cammina con l'aiuto di bastone	SI	NO
Si sposta con la carrozzina	SI	NO
Entra ed esce dal letto/ si alza dalla sedia con assistenza	SI	NO
Totalmente dipendente (allettato, letto/poltrona)	SI	NO

GRADO DI AUTONOMIA

Si veste da solo	SI	NO	SUPERVISIONE
Si lava da solo	SI	NO	SUPERVISIONE
Fa il bagno da solo	SI	NO	SUPERVISIONE
Mangia da solo	SI	NO	SUPERVISIONE
Utilizza da solo i servizi igienici	SI	NO	SUPERVISIONE

STATO COGNITIVO (memoria, orientamento, attenzione) e del COMPORTAMENTO

Adeguate all'età	SI	NO
Demenza iniziale (16-36 mm)	SI	NO

Demenza grave (16-36 mm)	SI	NO
Gravi disturbi del comportamento	SI	NO
Disturbi del ritmo sonno veglia	SI	NO

ASPETTI SENSORIALI E DI COMUNICAZIONE

Capacità visiva

- Lettura rapida senza errori
- Lettura lenta senza errori
- Non riesce a leggere
- Affetto da cecità

Capacità uditiva

- Sente a voce normale
- Sente a voce alta
- Non sente affatto

Capacità di comunicare

- Buona
- Media (con difficoltà)
- Non è in grado

CONTINENZA SFINTERI

Incontinenza vescicale	SI	NO
Incontinenza doppia	SI	NO
E' portatore di catetere vescicale	SI	NO

PORTATORE DI STOMIE SI NO

(specificare PEG; sondino; drenaggi; urostomie ; trachetomie ; colonstomie....)

ASSISTENZA SANITARIA

Assume autonomamente i farmaci SI NO DA TERZI

Necessita di diete particolari SI NO

(se si specificare).....

Terapia iniettiva SI NO

(se si specificare).....

DIAGNOSI E PROBLEMI SANITATI ATTIVI

.....
.....

LISTA DEI PROBLEMI PER PRIORITA'

.....
.....

INTOLLERANZE E ALLERGIE

.....
.....

TERAPIE

.....
.....

CONDIZIONI GENERALI ; buone mediocri gravi

- AUTOSUFFICIENTE
- SEMI AUTOSUFFICIENTE
- NON AUTOSUFFICIENTE

Firma del medico Curante