



Via G. Cantore 7 - 20871 Vimercate (MB)

Tel 039/669122 - Fax 039/6081586

e-mail: casafamiglia@casa-famiglia-sangiuseppe.it

Fondazione Onlus

DOMANDA DI AMMISSIONE AL RICOVERO TEMPORANEO

DATI DELL'ANZIANO

Cognome e Nome: _____

Luogo di nascita: _____ Prov. _____

Data di nascita: ____/____/____ Sesso _____

Stato civile _____ Cittadinanza _____

Residente a: _____ Prov. _____

Via: _____ C.A.P. _____

Telefono: _____ A.S.L. di appartenenza: _____

Codice Fiscale: _____

Tessera Sanitaria _____

PERIODO DI TEMPORANEITA'

Dal _____
(GIORNO DI INGRESSO)

Al _____
(GIORNO DI DIMISSIONE)

**ATTENZIONE: LA CAMERA DOVRA' ESSERE LASCIATA LIBERA ENTRO LE
ORE 13.00 DEL GIORNO DI DIMISSIONE**

Dichiarazione da compilarsi a cura dell'anziano

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

CHIEDE

di essere accolto quale residente TEMPORANEO presso la
Fondazione Casa Famiglia San Giuseppe - Onlus
con sede in via G. Cantore

DICHIARA

a norma dell'art. 87 della legge regionale 07/01/1976 n. 1
di voler entrare in casa di riposo per libera scelta

in ottemperanza alla disposizione di cui al D.lvo 196/2003 di acconsentire
al trattamento dei propri dati personali

Firma dell'anziano*

*NOTA: Qualora l'anziano risultasse incapace di firmare, la medesima incapacità deve risultare dal documento di identità che dovrà essere allegato alla presente domanda.



DATI DEL FAMILIARE DI RIFERIMENTO

Cognome e Nome: _____

Luogo di nascita: _____ Prov. _____ Data di nascita: ____/____/____

Residente a: _____ Prov. _____

Via: _____ C.A.P. _____

Telefono: _____ Altro recapito telefonico _____

Dichiarazione da compilarsi a cura del familiare
che presenta la domanda

Il sottoscritto _____

che in data odierna presenta domanda di ricovero

D I C H I A R A

1. Di essere a conoscenza che l'ammissione al ricovero è subordinata al parere di idoneità sanitaria rilasciata dal Medico Responsabile, anche rispetto alla tipologia di posto letto disponibile.
2. Di essere a conoscenza che all'atto della conferma dell'accoglienza da parte della Casa, l'interessato sarà tenuto al versamento di una caparra pari a tre giorni di degenza, caparra che sarà comunque trattenuta in caso di disdetta da parte dell'utente.
3. Di essere disposto a presentarsi presso l'ufficio amministrativo qualche giorno prima dell'ingresso in struttura per il ritiro dell'elenco della documentazione amministrativa da produrre e per ogni opportuna informazione circa il ricovero.

S I I M P E G N A

- Al pagamento della retta di ricovero vigente nel tempo secondo l'importo ed alle condizioni organizzativo gestionali determinate annualmente da parte del Consiglio di Amministrazione della Fondazione;
- A fornire il vestiario per la persona ricoverata, contrassegnato con il numero assegnato dalla Casa;
- A rimborsare eventuali trasporti in ambulanza della persona ricoverata da/a presidi sanitari per cure e/o accertamenti diagnostico-specialistici.
- Ad osservare e a far osservare al proprio familiare - dall'atto dell'ammissione - il regolamento interno della Casa.

In ottemperanza alla disposizione di cui al D.lvo 196/2003 acconsente al trattamento dei propri dati personali

Firma _____

Relazione informativa da compilarsi a cura del medico curante

Cognome e nome dell'anziano: _____

Anamnesi patologica remota: _____

Anamnesi patologica prossima: _____

Condizioni generali:

Buone Discrete Scadute Cattive

P.A.O. _____ Kg. _____ F.C. _____ Alt. _____

Stato di sanguificazione:

Adeguato Pletorico Insufficiente

Stato di idratazione:

Buone Discrete Scadute Cattive

Modificazione di peso negli ultimi sei mesi: _____

Altre notizie:

- Portatore di catetere
- Piaghe da decubito
- Uso della carrozzina
- Fumatore (n. _____ sigarette/die)
- Etilismo
- Ricoveri in reparti psichiatrici (anni: _____)
- Cure presso CPS o neurologi: _____

E' esente da malattie infettive e diffuse?

Si No

Diagnosi: _____

Terapia in atto (*indicare posologia*)

Mobilità/Deambulazione:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Con appoggio | <input type="checkbox"/> Impossibile |
| Situazione eretta: | | |
| <input type="checkbox"/> Adeguato | <input type="checkbox"/> Con appoggio | <input type="checkbox"/> Impossibile |
| Attività fisica: | | |
| <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Modesta | <input type="checkbox"/> Scarsa/Assente |
| Stato psichico: | | |
| <input type="checkbox"/> Orientato | <input type="checkbox"/> Lievemente disorient. | <input type="checkbox"/> Completamente disorientato |
| Respirazione: | | |
| <input type="checkbox"/> Eupnea | <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo | <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo |
| Vista: | | |
| <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Compromessa | <input type="checkbox"/> Molto compromessa |
| Udito: | | |
| <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Compromessa | <input type="checkbox"/> Molto compromessa |
| Linguaggio: | | |
| <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Compromesso | <input type="checkbox"/> Molto compromesso |
| Sonno: | | |
| <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Insonnia | <input type="checkbox"/> Agitazione notturna |
| Alimentazione: | | |
| <input type="checkbox"/> Autonoma | <input type="checkbox"/> Con aiuto | <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente |
| Alzata dal letto: | | |
| <input type="checkbox"/> Autonoma | <input type="checkbox"/> Con aiuto | <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente |
| Igiene personale: | | |
| <input type="checkbox"/> Autonoma | <input type="checkbox"/> Con aiuto | <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente |
| Vestizione/abbigliamento: | | |
| <input type="checkbox"/> Autonoma | <input type="checkbox"/> Con aiuto | <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente |
| Utilizzo servizi igienici: | | |
| <input type="checkbox"/> Autonoma | <input type="checkbox"/> Con aiuto | <input type="checkbox"/> Impossibile |
| Incontinenza urinaria: | | |
| <input type="checkbox"/> Assente | <input type="checkbox"/> Occasionale | <input type="checkbox"/> Completa |
| Incontinenza fecale: | | |
| <input type="checkbox"/> Assente | <input type="checkbox"/> Occasionale | <input type="checkbox"/> Completa |
| Grado di dipendenza complessivo: | | |
| <input type="checkbox"/> Autonomo | <input type="checkbox"/> Parzialmente autosuf. | <input type="checkbox"/> Non autosufficiente |

Data _____

(Timbro e firma del medico)



Fondazione Onlus

MODALITA' DI ACCESSO AI RICOVERI TEMPORANEI

allegato alla domanda di temporaneità

Gentilissimi/e

Poiché le numerose richieste di ricoveri temporanei e di sollievo diventano sempre più pressanti, desideriamo ricordare alcuni elementi caratterizzanti del servizio.

La Casa dispone di 4 posti letto specificatamente dedicati ad accoglienze temporanee che hanno la finalità di dare sollievo per brevi periodi ai care-giver che si occupano di un anziano non autosufficiente, oppure per permettere alle famiglie di fronteggiare momenti di difficoltà legati a problematiche di carattere sociale o sanitario. Il servizio si rivolge principalmente a chi sostiene l'onere dell'assistenza in prima persona, e solo in via sussidiaria a chi si avvale già di servizi di supporto.

Il numero di detti posti è costantemente insufficiente a fronteggiare le richieste: mediamente pervengono dalle 10 alle 20 richieste al mese, a fronte di soli 4 posti. Tale disparità tra domanda ed offerta diviene ancor più drammatica nei periodi tipicamente destinati alle ferie (dicembre, luglio e agosto).

La casa si trova pertanto nella necessità di operare delle scelte e definire delle priorità di accesso. Si tratta di un compito ingrato, e talvolta è davvero molto difficile stabilire quale situazione sia più meritevole di tutela rispetto ad un'altra; comunque è sempre molto spiacevole dover negare un aiuto ma chi si trova in stato di necessità. A supporto di queste difficili scelte, la Casa si è data dei criteri di preferenza che sono:

- *Precedenza alle situazioni di maggiore fragilità sociale o sanitaria;*
- *Precedenza agli utenti del centro diurno integrato (a parità di altre condizioni la maggior anzianità di frequenza);*
- *Equa rotazione degli ospiti nei diversi periodi.*

In particolare quest'ultimo criterio viene applicato dando priorità a coloro che non hanno mai fruito del servizio di ricovero temporaneo rispetto a chi ne abbia già goduto, o garantendo la precedenza nei periodi di maggior richiesta a chi, nell'anno in corso o nel precedente, non ha effettuato ricoveri temporanei in tali momenti.

Al fine di una chiara applicazione dei suddetti criteri, le richieste di ricovero temporaneo per il periodo estivo dovranno necessariamente essere inoltrate presso la portineria della casa entro il 28 Febbraio. La Fondazione si impegna a comunicare la graduatoria di ammissione entro il 15 Marzo. Per il periodo invernale/natalizio le domande dovranno invece essere presentate entro il mese di settembre e le eventuali conferme saranno date entro la metà di ottobre.

Data l'elevata richiesta i ricoveri temporanei estivi hanno una durata massima di 30 giorni e (salvo casi eccezionali) la minima di 15 giorni con decorrenza il giorno 1 e il giorno 16 di ciascun mese.

La presidente e il direttore restano comunque a disposizione per qualsiasi chiarimento.

Distinti saluti

La presidente

Carla Riva



Vimercate, 10 gennaio 2019

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

**COPIA DELLA CARTA DI IDENTITA' E TESSERA SANITARIA
FOTOCOPIATA DA ENTRAMBI I LATI (DAVANTI E DIETRO)**