



PADRE  
ANNIBALE  
DI FRANCIA

## **informazioni per l'accesso in R.S.A.**

### **Documentazione necessaria per l'ammissione in RSA:**

**Domanda di ammissione,** compilata dall'interessato/a o dai familiari

**Scheda Sanitaria,** compilata dal Medico curante ( o Ospedaliero nel caso di provenienza da altra struttura ospedaliera)

**I moduli sopra elencati debitamente compilati dovranno essere consegnati agli uffici della Struttura Casa di cura Padre Annibale di Francia in Viale dei Pini, 53 previo appuntamento da concordare telefonicamente al numero 081/7416516 dal lunedì al giovedì dalle 9-00 alle 12-30 e dalle 14-00 alle 16-00.**

Inoltre è necessario allegare:

**fotocopia della carta di identità;**

**fotocopia del libretto sanitario dell'ASL di appartenenza;**

**fotocopia del documento di esenzione ticket, se ne è in possesso;**

**fotocopia del codice fiscale;**

**fotocopia del verbale di invalidità civile (se già in possesso) o della domanda (se già presentata).**

Il ricovero in R.S.A. è subordinato all'esito favorevole di una approfondita valutazione sanitaria, effettuata dalla Direzione Medica R.S.A.

La domanda, corredata della documentazione richiesta, va consegnata (su appuntamento fissato da concordare) presso gli uffici U.R.P. della struttura RSA Padre Annibale di Francia che forniranno la consulenza e le informazioni necessarie.



RESIDENZA  
SANITARIA  
ASSISTENZIALE

## DOMANDA DI AMMISSIONE Residenza Sanitaria Assistenziale

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ ed assumendosi ogni responsabilità al riguardo

(specificare se diretto interessato oppure il grado di parentela o la qualifica di tutore/curatore )

Chiede il ricovero in R.S.A.

del Sig./sig.ra \_\_\_\_\_

(indicare le generalità della persona interessata al ricovero)

data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ N° tessera sanitaria \_\_\_\_\_

Dichiara di aver preso conoscenza e di accettare, le finalità e le condizioni che regolano il ricovero, nonché le modalità di trattamento dei dati personali sensibili.

### Acclude alla presente domanda:

- Scheda sanitaria, compilata dal medico curante
- Fotocopia del documento d'identità personale dell'interessato al ricovero
- Fotocopia del codice fiscale
- Fotocopia della tessera sanitaria
- Fotocopia del verbale di accreditamento d'invalidità civile oppure della relativa domanda di riconoscimento.

(\*) Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 (Codice Privacy) si informa che i dati forniti nella presente modulistica, compresi i dati idonei a rilevare lo stato di salute, sono strettamente concessi alla gestione della domanda di ammissione presso le strutture RSA dell'azienda. Tali dati potranno essere oggetto di trattamento manuale e/o informatico che sarà effettuato esclusivamente da personale autorizzato dall'azienda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di tutela dei dati personali. Le precisiamo che il mancato consenso al trattamento di tali dati rende impossibile la gestione della presente domanda di ammissione. Ai sensi dell'art. 7 del Codice della Privacy, lei potrà in qualsiasi momento richiedere all'Azienda indicazioni in merito al trattamento dei suoi dati personali e/o sensibili nonché esercitare i diritti ivi previsti. Il testo integrale dell' informativa è disponibile presso la Direzione Sociale dell'Azienda presso cui è presente il Responsabile dei dati

Letto e compreso quanto precede si presta consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili per la gestione della domanda di ammissione: SI[ ] NO[ ]

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## PROPOSTA DI RICOVERO

\_\_\_\_\_  
(COGNOME)

\_\_\_\_\_  
(NOME)

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DOMICILIATO/A \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

TELEFONI \_\_\_\_\_

STATO CIVILE:  LIBERO  CONIUGATO

CAREGIVER/PERSONA DA CONTATTARE  
\_\_\_\_\_

### Dati di sintesi sulle condizioni dell'ospite

- Autosufficiente  
 Non autosufficiente

### Stato di nutrizione

Peso \_\_\_\_\_  Altezza \_\_\_\_\_  BMI \_\_\_\_\_

### Informazioni generali

Lesione  
da decubito

- No  
 Si

Stadio \_\_\_\_\_

Stadio \_\_\_\_\_

Stadio \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

## Condizioni generali dell'ospite

**Mobilità**     Può camminare da solo     Può camminare con aiuto o con protesi     Si sposta esclusivamente con carrozzella     Allettato

**Vestizione**     Si veste da solo     Si veste con aiuto parziale     Dipendenza totale nel vestirsi

**Igiene**     Si lava da solo     Si lava con aiuto parziale     Dipendenza totale per l'igiene

**Uso dei servizi**     Utilizza da solo i servizi igienici     Utilizza i servizi con aiuto parziale     Dipendenza totale

**Sfinteri**     Continenza sfinteri     Incontinenza parziale     Incontinenza totale

**Utilizza pannolone**     Non utilizza     Pannolone per uscire di casa  
 Pannolone solo di notte     Pannolone 24 ore su24  
 Catetere vescicale

**Alimentazione**     Mangia da solo     mangia con aiuto parziale     Dipendenza totale nell'alimentarsi     Disfagia

**Masticazione**     Conservata     Protesi  
 Edentulia

**Ausili per l'alimentazione**     Sondino naso     PEG     Perenterale totale

**Respirazione**     Spontanea     Cannula tracheale     Ossigeno terapia  
 Ventilazione assistita

**Visus**     Soddisfacente     Compensato con lenti  
 Scarso anche con lenti     Nullo



**Leggere con attenzione**

Laddove le notizie riportate risultassero in sede di visita per il ricovero-incomplete o discordanti con le condizioni cliniche rilevate, il medico di accettazione potrà **NON ACCETTARE** il ricovero (benché il paziente possa essere già stato convocato presso la Casa di Cura Padre Annibale di Francia srl - Napoli). L'interessato è tenuto a presentarsi all'appuntamento prefissato per la visita puntualmente, provvisto di valido documento di riconoscimento.

Il paziente è esente da malattie contagiose e/o mentali tali da compromettere la vita in comunità

**Terapia assunta** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergie note** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Note Generali** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Abitudini** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALLA CASA DI CURA PADRE ANNIBALE DI FRANCIA srl**

PARERE DEL/I MEDICO / I DELLA STRUTTURA

FAVOREVOLE     NON FAVOREVOLE

Timbro e Firma

