



RSA- Residenza Sanitaria Assistenziale **PRESENTAZIONE**

La Fondazione "Istituto Carlo Vismara – Giovanni De Petri" Onlus, Ente fondato nel 1884, vanta un'esperienza ultracentenaria nell'assistenza agli anziani. Accoglie 363 ospiti nelle due sedi:

San Bassano	216 p.l. in RSA	Retta Cremonesi	€ 56,50
	31 p.l. nel Nucleo Alzheimer	Retta Fuori Provincia	€ 57,50
	20 p.l. SOLVENTI	Retta giornaliera	€ 59,00
		Retta giornaliera	€ 75,00
Pizzighettone	96 p.l. in RSA	Retta Cremonesi e non	€ 57,50

Nel computo delle giornate di presenza viene sempre addebitata per intero la retta riferita al giorno d'ingresso mentre il giorno di dimissione non sarà conteggiato.

Per le assenze temporanee dalla Fondazione, la retta verrà addebitata per intero per tutti i giorni di assenza.

La struttura si articola in una serie di reparti divisi per tipologia di utenza. Ogni reparto dispone di zone di degenza con stanze attrezzate, ampi soggiorni, sale da pranzo, studio medico e di una qualificata equipe medico-infermieristica assistenziale che opera con le più moderne metodologie, proprie della cura e assistenza geriatria e del disabile psichico.

L'assistenza medica, assicurata anche nelle ore notturne da medici interni, si avvale anche della consulenza di specialisti (dermatologo, oculista, cardiologo, dentista, psichiatra, fisiatra, neurologo, psicologo) che operano negli ambulatori presenti all'interno della struttura.

Il servizio di terapia riabilitativa dispone di una palestra dotata di servizi di medicina fisica. La diagnostica si avvale di un avanzato e completo laboratorio di analisi chimico-clinica, radiologia, ecografia, elettroencefalografia dinamica.

L'Istituto si avvale anche di un servizio di farmacia interna.

Nella retta sono forniti i seguenti servizi:

- ALBERGHIERO (pasti – bevande e servizio di lavanderia)
- ASSISTENZIALE (presenza costante di personale medico e paramedico)
- LABORATORIO ANALISI e RADIOLOGIA INTERNI
- SERVIZIO DI RIABILITAZIONE
- ANIMAZIONE
- CONSULENZE SPECIALISTICHE INTERNE
- SERVIZIO BARBIERE/PARRUCCHIERA
- ASSISTENZA SPIRITUALE (con possibilità di accesso alla cappella e relative funzioni)
- PSICOMOTRICITA' e MUSICOTERAPIA (nel Nucleo Alzheimer)
- GITE ORGANIZZATE, ESCURSIONI e SOGGIORNI IN LOCALITA' TURISTICHE.

Servizi non compresi:

- Trasferimenti in ambulanza A e DA presidi sanitari di cura o accertamenti non effettuabili all'interno dell'Istituto;
- Assistenza al familiare durante il ricovero in altra struttura;
- Fornitura e mantenimento capi d'abbigliamento e relativo cambio stagionale;
- Forniture protesiche (protesi dentarie, ausili per l'autonomia-deambulatori, girelli, tripod, bastoni, etc.)

⇒ **PER INFORMAZIONI rivolgersi LUN- VEN ore 8.30-12.30: UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO**
TEL. 0374/373165 - FAX 0374/381119 - Email: urp@istitutovismara.it



Fondazione "Istituto Carlo Vismara - Giovanni De Petri" onlus

Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura

Via Vismara, 10 – 26020 San Bassano (CR)

Tel. 0374373165 – Fax 0374381119; e-mail: urp@istitutovismara.it

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ (prov. di _____) il _____

residente a _____ in Via _____

telefono n° _____ / _____ in qualità di _____

del/della sig./sig.ra

nato/a _____ (prov. di _____) il _____

residente a _____ c.a.p. _____

in Via _____ n° _____

CHIEDE

il ricovero del/della medesimo/a presso codesta struttura socio-sanitaria per anziani.

Prende conoscenza altresì che la presente domanda avrà validità di un anno a partire dalla data di accettazione della presente, dopo di che, se ancora interessato/a provvederà ad inoltrarne un'altra aggiornata, pena l'archiviazione definitiva.

Dichiara inoltre di essere disposto/a a presentarsi presso l'Ufficio di Relazioni con il Pubblico qualche giorno prima dell'ingresso in struttura per il ritiro dell'ulteriore documentazione amministrativa e per la presa visione della sistemazione assegnata al familiare.

Il richiedente si impegna fin d'ora a farsi carico delle seguenti obbligazioni:

- pagamento della retta di ricovero vigente nel tempo secondo l'importo ed alle condizioni organizzativo-gestionali determinate annualmente da parte del Consiglio Amministrativo di codesta Istituzione Assistenziale.
- Versamento del deposito cauzionale infruttifero di € 1.690,00 (milleseicentonovanta/00).
- Fornitura del vestiario della persona per la quale è stato richiesto il ricovero.
- Rimborso delle spese per eventuali trasporti in ambulanza della persona ricoverata a/da presidi sanitari per cure e/o accertamenti diagnostico-specialistici.

Dichiara di essere a conoscenza che anche successivamente all'avvenuto ricovero della persona interessata, l'Ente ha la facoltà di dimettere la stessa qualora la prestazione in regime residenziale non risulti idonea alle specifiche necessità assistenziali dell'ospite. È riconosciuta facoltà alla Direzione Sanitaria ed ai medici di disporre la sostituzione del letto, stanza o reparto della persona ricoverata operando poi l'amministrazione l'eventuale variazione di retta qualora tale provvedimento si renda necessario per i bisogni sanitario-assistenziali del paziente.

Altri recapiti telefonici dei familiari:

COGNOME e NOME	GRADO DI PARENTELA	N° TEL.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Il richiedente inoltre si impegna a corrispondere la retta piena determinata con deliberazione dal Consiglio di Amministrazione qualora non venisse erogato dall'A.S.L. competente per territorio il contributo regionale ad personam.

In fede mi firmo:

In ottemperanza alle disposizioni di cui alla Legge 675 del 31.12.1996 e successive modificazioni ed integrazioni __1__ sottoscritt__ _____
acconsente al trattamento dei suoi dati personali e di quelli del suo familiare.

Data _____



Fondazione "Istituto Carlo Vismara - Giovanni De Petri" onlus

Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura

Via Vismara, 10 – 26020 San Bassano (CR)

Tel. 0374373165 – Fax 0374381119; e-mail: urp@istitutovismara.it

CERTIFICAZIONE AMMINISTRATIVA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

1. Estratto dell'atto di nascita in carta libera o Autocertificazione di Non Tutela;
2. Fotocopia carta d'identità non scaduta;
3. Fotocopia Carta Regionale dei Servizi;
4. Fotocopia Esenzione Ticket;
5. Fotocopia Codice Fiscale;
6. Certificato o copia della domanda di riconoscimento Invalidità Civile e/o indennità di accompagnamento;
7. Fotocopia patente di guida;
8. Eventuale documentazione sanitaria precedente;
9. Copia Green Pass o Certificazione vaccinale;
10. Copia di eventuale Atto di nomina di Tutore/ Curatore/ Amministratore di sostegno;
11. Copia di eventuale Procura generale o speciale.

U. R. P.

Ufficio Relazioni con il Pubblico

(Rag. Boffini Gianfranco)



Fondazione "Istituto Carlo Vismara - Giovanni De Petri" onlus

Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura

Via Vismara, 10 – 26020 San Bassano (CR)

Tel. 0374373165 – Fax 0374372357; e-mail: urp@istitutovismara.it

Certificato medico

(da allegare alla domanda di ammissione all'RSA)

Medico curante:

- Dott. _____

- Indirizzo: _____ Tel. _____

Cognome e nome		Tessera Sanitaria n° _____
Nato a	il	

DIAGNOSI _____

Terapia in atto _____

Notizie anamnestiche rilevanti _____

Allergia a farmaci: Non nota No SI _____

Lesioni cutanee (descrizione e sede) _____



1. IGIENE PERSONALE	A. Incapace ad attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti B. Necessita di aiuto per tutte le operazioni C. Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene D. In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni E. Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio. Una donna deve essere capace di truccarsi, se abituata
2. BAGNO e/o DOCCIA	A. Totale dipendenza nel lavarsi B. Necessita di aiuto per tutte le operazioni C. Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi D. Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, etc.) E. Capace di fare il bagno in vasca, la doccia o una spugnatrice completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.
3. W.C. E USO SERVIZI	A. Completamente dipendente B. Necessita di aiuto per tutti gli aspetti C. Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani D. Necessita di supervisione per sicurezza in caso di uso del normale w.c. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla E. Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Uso indipendente di comoda e pappagallo, compreso svuotamento e pulizia
4. CONTINENZA URINARIA	A. Incontinente o catetere. Dipende per l'applicazione di dispositivi interni o esterni B. Incontinente, ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo interno o esterno C. In genere asciutto durante il giorno, ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso di dispositivi interni o esterni D. Generalmente asciutto nelle 24 ore, ha occasionalmente perdite o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi E. Controllo completo durante le 24 ore e/o indipendente nell'uso dei dispositivi esterni o interni
5. CONTINENZA INTESTINALE	A. Incontinente B. Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie C. Capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire tecniche facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come i pannoloni D. Necessita di supervisione per l'uso di supposte, ha occasionali perdite E. Controllo intestinale completo e nessuna perdita.
6. ABBIGLIAMENTO	A. Dipende sotto tutti gli aspetti e non collabora B. Collaborazione minima, necessita di aiuto per tutte le operazioni. C. Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento D. Necessita solo di minimo aiuto per alcune operazioni, (bottoni, cerniere, reggiseno, scarpe) E. Capace di indossare, togliere, chiudere correttamente tutti gli indumenti, allacciarsi le scarpe o toglierle, applicare protesi
7. ALIMENTAZIONE	A. Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato B. Necessita di assistenza durante il pasto, usa almeno una posata C. Capace di alimentarsi da solo con supervisione. Necessita di assistenza nel versare liquidi, far girare un piatto di portata ecc. D. Indipendente nell'alimentarsi con cibi preparati su vassoi, ad eccezione di tagliare la carne, aprire contenitori (vasetto,, tappi ecc.) Non è necessaria la presenza di un'altra persona E. Capace di alimentarsi da solo, capace di tagliare la carne, spalmare marmellata ecc. autonomo nell'uso degli ausili.
8. TRASFERIMENTI LETTO/SEDIA	A. Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone B. Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona C. Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento D. Necessaria la presenza di una persona per fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza E. Indipendente in tutte le fasi. Capace di trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, alzarsi, trasferirsi con sicurezza su sedie, poltrone o carrozzina.
9. SCALE	A. Incapace di salire o scendere le scale B. Necessita di aiuto per salire e scendere le scale C. Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza D. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza. E. In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza senza aiuto o supervisione. In grado di usare bastone o stampelle anche sulle scale se necessario.
10. DEAMBULAZIONE	A. Non in grado di deambulare autonomamente B. Necessita di presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione o per raggiungere e usare ausili C. Necessita dell'aiuto di una persona per raggiungere gli ausili e/o per usarli D. Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia ridotta (50 metri). E. Capace di alzarsi, sedersi, piazzare gli ausili a portata di mano; capace di usare gli ausili autonomamente. In grado di camminare per 50 metri senza aiuto o supervisione
10. USO DELLA CARROZZINA (alternativo a deambulazione)	A. Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina B. Capace di spostamenti per brevi tratti su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre C. Necessaria l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, etc. D. Capace di spostarsi autonomamente per periodi piuttosto lunghi, su superfici regolari. Necessaria a volte assistenza per fare curve strette E. Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, etc.).



INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

Indicare l'indice di severità:

[1] assente

[2] lieve

[3] moderato

[4] grave

[5] molto grave

1. Patologie cardiache (solo cuore)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. Patologie respiratorie (a partire dalla laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. Apparato G.L. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. Apparato G.L. inferiore (intestino, ernie)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. Patologie epatiche (solo fegato)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. Patologie renali (solo rene)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10. Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. Sistema muscolo-scheletrico-cute	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico: non include la demenza)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. Patologie endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. Patologie psichiatriche-comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Indice di severità _____	Indice di comorbilità _____
--------------------------	-----------------------------

- Necessita di terapia riabilitativa o fisica?

[] SI

[] NO

- Ha già effettuato terapia riabilitativa?

[] SI

[] NO

Di che tipo e con quale risultato? _____



Fondazione "Istituto Carlo Vismara - Giovanni De Petri" onlus

Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura

Via Vismara, 10 – 26020 San Bassano (CR)

Tel. 0374373165 – Fax 0374381119; e-mail: urp@istitutovismara.it

CONDIZIONE PSICHICHE

Stato emotivo: adeguato
 ansia
 depressione

Comportamenti disturbanti:	Disturbi del pensiero:
<input type="checkbox"/> aggressività fisica	<input type="checkbox"/> idee deliranti
<input type="checkbox"/> aggressività verbale	<input type="checkbox"/> allucinazioni
<input type="checkbox"/> vagabondaggio	
<input type="checkbox"/> bulimia	
<input type="checkbox"/> irrequietezza	
<input type="checkbox"/> disinibizione sessuale	

Valutazione cognitiva attuale (disorientamento temporo-spaziale, turbe mnesiche) _____

Ha avuto ricoveri in ospedali psichiatrici?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
È in cura presso Servizi psichiatrici?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tentati suicidi:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Dipendenza alcolica	<input type="checkbox"/> farmacologica	<input type="checkbox"/> altre

Eventuali notizie che si ritenesse opportuno fornire _____

Certifico che il Sig./la Sig.ra _____ non ha in atto
malattie infettive/contagiose/psichiche che controindicano la vita in comunità.

Il medico curante
(timbro e firma)



Fondazione "Istituto Carlo Vismara - Giovanni De Petri" onlus

Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura

Via Vismara, 10 – 26020 San Bassano (CR)

Tel. 0374373165 – Fax 0374381119; e-mail: urp@istitutovismara.it

SCHEDA SOCIALE INDIVIDUALE

REPARTO:	DATA di INGRESSO
----------	------------------

COGNOME: _____ NOME: _____

PATERNITÀ _____ MATERNITÀ _____

NATO/A A (luogo) _____ IL (data) _____

CODICE FISCALE _____

MEDICO di BASE _____ Tel. _____

RESIDENZA _____

STATO CIVILE: Celibe/nubile
 Coniugato/a con _____
 Vedovo/a dal _____ di _____
 Separato/a
 Divorziato/a

RETE FAMILIARE: Figli N° _____ di cui M _____ di cui F _____
Figli con nucleo familiare N° _____ Figli senza nucleo familiare N° _____

COGNOME e NOME	GRADO di PARENTELA	ETÀ	RECAPITI TELEFONICI
1.			
2.			
3.			
4.			

• Caregiver (familiare di riferimento) _____

SITUAZIONE FAMILIARE La persona vive da sola: Sì Da quanti anni? _____
 No vive con _____ al Domicilio proprio altro _____

TITOLO di STUDIO: Senza titolo di studio Licenza elementare
 Licenza media inferiore Licenza scuola media superiore _____
 Laurea _____

PROFESSIONE ESERCITATA in ETÀ LAVORATIVA (per ramo di attività) :
 Agricoltura _____
 Industria _____
 Commercio, pubblici esercizi _____
 Pubbliche amministrazioni e servizi (pubblici e privati) _____
 Altro _____

INVALIDITA'-ACCOMPAGNAMENTO-TICKET

- Invalidità civile No Sì dal _____
- Accompagnamento No Sì dal _____
- Esenzione Ticket No Sì Età superiore a 65 anni con redditi familiari inferiori a € 36.151,98

PROVENIENZA: Domicilio proprio Domicilio di familiari Ospedale Clinica
 Struttura riabilitativa (indicare quale) _____
 Struttura protetta (indicare quale) _____

se da struttura riabilitativa o protetta: da quanto tempo è ricoverato/a? _____

Indicare la motivazione del ricovero _____

POSSIEDE AUSILI E/O PROTESI ? : No Sì *Se sì, specificare quali ausili e/o protesi*

bastone walker tripode carrozzina
 dentiera apparecchio acustico occhiali altro _____

Sottolineare eventuali ausili e/o protesi di proprietà dell'ASL di _____

ABITUDINI ALIMENTARI: ORARI: colazione _____ pranzo _____ cena _____

MANGIA CIBI: solidi morbidi tritati frullati omogeneizzati semiliquidi

Beve vino _____ Diabetico _____

Intollerante a cibi: _____

Cibi preferiti: _____

Bevande preferite: _____

Cibi sgraditi o che rifiuta _____

RIPOSO NOTTURNO regolare si sveglia frequentemente usa farmaci per dormire

ORARI: la sera si corica alle _____ la mattina si sveglia alle _____

riposo pomeridiano: No Sì Se sì: dalle _____ alle _____

ABITUDINI di CURA della PERSONA: È abituato/a a fare: bagno in vasca doccia

A farsi la barba da solo Ad andare dal parrucchiere/barbiere ogni _____

Altro (specificare) _____

USO del TELEFONO: Sì No È abituato/a ad utilizzare il telefono cellulare? Sì No

È abituato/a a passare molto tempo solo/a in compagnia _____

RELIGIONE: _____ È praticante No Sì Se sì specificare _____

È abituato/a a uscire?(quanto, dove) No Sì _____

ATTUALI ABITUDINI, INTERESSI e HOBBIES: Fumare (quanto al giorno) _____

Leggere (letture preferite) _____

Tv (programmi preferiti) _____

Radio (programmi seguiti) _____

Musica (musica preferita) _____

Cinema/teatro _____

Giochi di società (spec.) _____

Cucinare _____

Fare cruciverba _____

Lavori manuali (specif.) _____

Cura di piante e fiori _____

Cura di animali _____

Altro (specificare) _____

DATE E FESTE IMPORTANTI per la persona e modi preferiti di festeggiare/non festeggiare (abitudini, piatti tipici)

Compleanno: Abitudini _____

Data _____ Evento _____ Abitudini _____

Data _____ Evento _____ Abitudini _____

Data _____ Evento _____ Abitudini _____

AREA SENSORIALE E COMUNICAZIONE

VISTA buona adeguata alle necessità personali distingue solo luce e buio

cieco ma sicuro nell'ambiente familiare cieco e bisognoso di assistenza

UDITO buono compromissione di grado medio sordità completa

LINGUAGGIO normale sono comprensibili solo frasi semplici

solo parole isolate non comunica/incomprensione

Se parla, preferisce parlare in italiano in dialetto _____

altre lingue _____

COMPRENSIONE normale solo frasi semplici

solo parole chiave non comprende

TRATTI SALIENTI DELLA PERSONALITÀ

socievole introverso apprensivo altro _____

CENNI SULLA STORIA PERSONALE PASSATA (interessi passati e attuali): _____

EVENTI DI VITA IMPORTANTI: _____

PROBLEMI ATTUALI DI COMPORTAMENTO E FUNZIONALI

di COMPORTAMENTO _____

FISICI _____

IN FUTURO SAREBBE AUSPICABILE

Qualche giorno a casa

Altro (specificare) _____

Uscire a pranzo con i familiari

Qualche giorno a domicilio

MOTIVO PRINCIPALE D'INGRESSO

clinico

assistenziale

sociale

altro

LA PERSONA è INFORMATA DELLA DOMANDA ?

Sì

No se no: specificare _____

Scheda compilata da: NOME e COGNOME _____

(se non diretto interessato) GRADO di PARENTELA _____

Data di compilazione |__|_|_|_|

FIRMA _____