



**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**  
**in regime di "solvenza" rep. SAN CARLO/SAN FRANCESCO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

telefono n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

del/della sig./sig.ra

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il ricovero del/della medesimo/a presso il Nucleo riabilitativo S.CARLO/S.FRANCESCO .

Dichiara inoltre di essere disposto/a a presentarsi presso l'Ufficio di Relazioni con il Pubblico 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 Fondazione (Anno 2024 = € 113,00/die).
- Versamento del deposito cauzionale infruttifero di € 1690,00 (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:

- il ricovero in solvenza annulla le domande di ricovero in regime di convenzione con il SSR
- anche successivamente all'avvenuto ricovero della persona interessata, l'Ente ha la facoltà di dimettere la stessa qualora la prestazione in regime riabilitativo non risulti idonea alle specifiche necessità dell'ospite.
- è riconosciuta facoltà alla Direzione Sanitaria ed ai medici di disporre la sostituzione del letto, stanza o reparto della persona ricoverata.

Altri recapiti telefonici dei familiari:

COGNOME e NOME

GRADO DI PARENTELA

N° TEL.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

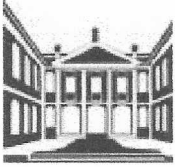
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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](mailto:urp@istitutovismara.it)

**CERTIFICAZIONE AMMINISTRATIVA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

1. Estratto dell'atto di nascita in carta libera o autocertificazione di "non tutela" (tutore/curatore/amministratore di Sostegno)
2. Fotocopia carta d'identità non scaduta;
3. Fotocopia Tessera Sanitaria;
4. Fotocopia Esenzione Ticket;
5. Certificato o copia della domanda di riconoscimento Invalidità Civile e/o indennità di accompagnamento;
6. Fotocopia patente di guida;
7. Eventuale documentazione sanitaria precedente.
8. Copia (eventuale) atto nomina Tutore/Amministratore di Sostegno/Curatore/Procuratore Generale/Speciale

**\*\* Il Presidente \*\***



*Dario Dellacosa*

**1. SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO DI TRANSIZIONE  
 PAZIENTE COVID-FREE**

<b>ANAGRAFICA PAZIENTE</b>		<b>Cognome*</b>	<b>Nome*</b>	
<b>Data di nascita*</b>			<b>Luogo*</b>	
<b>Sesso*</b>		<b>Maschio</b>	<b>Femmina</b>	
<b>Codice Fiscale*</b>			<b>Residenza*</b>	
<b>Domicilio</b>			<b>Telefono</b>	
<b>Caregiver/MMG/Ass. Sociale*</b>			<b>Telefono*</b>	
<b>Amministratore di sostegno</b>		<b>Cognome e Nome</b>	<b>NO</b>	<b>NON NECESSARIO</b>
<b>Struttura inviante*</b>				
<b>Ospedale</b>	<b>Dipartimento*</b>		<b>Reparto*</b>	
	<b>Referente clinico*</b>		<b>Telefono*</b>	
<b>MAIL REFERENTE / GESTORE PORTALE*</b>				
<b>Paziente dimissibile dal*</b>				

Costituiscono Criteri di esclusione

- paziente instabile secondo classificazione SIC (punteggio 3)
- paziente con acuzie non risolta
- percorso diagnostico incompleto in corso di definizione
- paziente con patologia psichiatrica non controllata dalla terapia
- paziente con condizione per cui sono previsti interventi specifici (SLA, HOSPICE)

PAZIENTE PRECEDENTEMENTE COVID POSITIVO		NO
<b>PRIMO TAMPONE*</b>	<b>Data:*</b>	<b>Esito:*</b>
<b>SECONDO TAMPONE</b>	<b>Data:</b>	<b>Esito:</b>
<b>TAMPONI SUCCESSIVI</b>	<b>Date:</b>	<b>Esiti:</b>
<b>ESEGUITO TAMPONE 12H PRIMA DELLA DIMISSIONE*</b>	<b>Data:*</b>	<b>Esito:*</b>
<b>Eseguito Sierologico*</b>	<b>SI'</b>	<b>NO</b>
<b>Sierologico</b>	<b>Data:</b>	<b>Esito:</b>

<b>MOTIVO DEL RICOVERO (evento indice)*</b>					
<b>Data EVENTO INDICE (se individuabile)*</b>					
<b>Periodo EVENTO INDICE*</b>					
		<b>&lt; 3 mesi</b>	<b>&lt; 6 mesi</b>	<b>&lt; 1 anno</b>	
<b>Patologia Principale*</b>					
<b>Cardiologica</b>	<b>Pneumologica</b>	<b>Neuromotoria</b>	<b>Oncologica</b>	<b>Alzheimer</b>	<b>Internistica</b>
<b>Comorbilità o Patologie Croniche*</b>					
<b>Presenza NIV Notturna*</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>		

Presenza NIV Diurna*	SI	NO
Presenza di O2t*	NON NECESSITA	NECESSITA
Tracheostomia*	SI	NO
Dialisi*	SI	NO

<b>VALUTAZIONE DI INSTABILITÀ CLINICA (1 Scelta)*</b>	
Paziente stabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale bisettimanale)	
Paziente moderatamente stabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale più volte alla sett.)	
Paziente moderatamente instabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale quotidiano)	
Paziente instabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale che prevede almeno un secondo accesso)	

<b>CONDIZIONE FUNZIONALE PRE-MORBOSA (Scala di Rankin Modificata) (1 scelta)*</b>	
Nessun sintomo	
Non disabilità significativa ( svolge le attività IADL BADL nonostante i sintomi)	
Disabilità lieve (autonomo solo nelle BADL)	
Disabilità moderata (supervisione nelle BADL, ma con deambulazione autonoma)	
Disabilità moderatamente grave (incapace di deambulare e svolgere le BADL senza assistenza)	
Disabilità grave (allettato, incontinente, richiede assistenza continua)	

<b>STATO NUTRIZIONALE*</b>			
ADEGUATO	OBESITA'	MALNUTRIZIONE	PESO KG*

<b>TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO, POSOLOGIA</b>	
1)*	5)
2)*	6)
3)	7)
4)	8)
Ulteriori Terapie:	

<b>FARMACI CON PIANO TERAPEUTICO</b>	
1)*	2

<b>SCALA DI DISABILITÀ COMUNICATIVA (1 SCELTA)*</b>	
Nessuna	
Lieve	
Moderata	
Grave	
Completa	

<b>SUPPORTO SOCIALE*</b>		
Presente	Parziale	Assente

<b>PATOLOGIA PSICHIATRICA*</b>		
No	Sì	Specificare
In carico a CPS*		
No	Sì	Specificare
Tentato Suicidio*		
No	Sì	Specificare

PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA (SE SÌ, CON DATA DIAGNOSI)*			
No	Sì, da < 3 mesi	Sì, da < 1 anno	Sì, da > 1 anno
Disturbi comportamentali e sintomi psichici (Se sì, da quanto tempo)*			
No	Sì, da vari giorni	Sì, da mesi	Sì, da anni

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO*	NO	SI'
SE SI', SPECIFICARE (più scelte)		
Deliri (persecutori, di gelosia, ecc..)		
Allucinazioni		
Vagabondaggio o si perde fuori casa		
Agitazione notturna		
Inversione ritmo sonno-veglia		
Aggressività verso sé e/o gli altri		
Urla o lamentazioni o vocalismi		
Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica		
Presenza di disturbi del comportamento alimentare		
Completamente confuso, personalità destrutturata		
Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe		
Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio		
Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente		

IRRITABILITA' (una scelta)*
Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
Mostra ogni tanto segni di irritabilità
Non mostra alcun segno di irritabilità

IRREQUIETEZZA (più scelte)*
Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano
Si agita e gesticola durante la conversazione
Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

OBIETTIVO DEL RICOVERO (Una scelta)*
Riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo neuromotorio
Riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo cardio-respiratorio
Stabilizzazione clinico assistenziale con supporto e addestramento del care-giver

OUTCOME PREVISTO (Una scelta)*
Rientro al domicilio certo
Rientro al domicilio possibile
Avviata pratica per ricovero RSA

PAZIENTE PROVENIENTE DA ALTRO SETTING RIABILITATIVO*	NO	SI'
Progetto Riabilitativo (o da allegare)		
Tipologia Posto Suggesto – Prima Scelta (Facoltativo)		
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Neurologia
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Oncologia (chemioterapia)	<input type="checkbox"/> Generale Geriatrica
<input type="checkbox"/> Mantenimento	<input type="checkbox"/> Post Acuti	<input type="checkbox"/> Subacuti
Tipologia Posto Suggesto – Seconda Scelta (Facoltativo)		
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Neurologia
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Oncologia (chemioterapia)	<input type="checkbox"/> Generale Geriatrica
<input type="checkbox"/> Mantenimento	<input type="checkbox"/> Post Acuti	<input type="checkbox"/> Subacuti

Eventuale nota clinica (Facoltativo)

INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE ICA*			
<b>1) FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA</b>		<b>6) IGIENE ED ABBIGLIAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
<input type="checkbox"/> Parametri ≥3 rilevazioni die	3	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza /assenza di collaborazione	4
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	<b>7) MOVIMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	<input type="checkbox"/> Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento	2
<input type="checkbox"/> Quantità urine	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
<b>2) FUNZIONE RESPIRATORIA</b>		<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare il sollevatore	4
<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2	<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave	3	<b>8) RIPOSO E SONNO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4	<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci	2
<input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica	3	<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	3
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2	<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante	4
<input type="checkbox"/> Parametri ≥3 rilevazioni die	3	<b>9) SENSORIO E COMUNICAZIONE</b>	
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	3	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna	3	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
<input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia	4	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
<input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni	3	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2
<b>3) MEDICAZIONI</b>		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3
<input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni	1	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2	<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	<b>10) AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE</b>	
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata	2	<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alta	4
<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare	3	<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4
<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3
<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare	3	<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2
<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4	<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissioni con altre istituzioni	3
<b>4) ALIMENTI E IDRATAZIONE</b>		<b>11) TERAPIE</b>	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Assenza di terapia	1
<input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica	2	<input type="checkbox"/> Terapia solo orale 1 o 2 volte / die	2
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse	2	<input type="checkbox"/> Terapia più di 2 volte / die	3
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo 1/die (antibiotici, elettroliti)	2
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve	3	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo più volte die	3
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata/severa	4	<input type="checkbox"/> Antibiotico in infusione continua	3
<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o P EG recente)	4	<input type="checkbox"/> Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4
<b>5) ELIMINAZIONE</b>		<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	3
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<b>12) ALTRI BISOGNI CLINICI</b>	
<input type="checkbox"/> Monitoraggio alvo	2	<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici	1
<input type="checkbox"/> Necessità di clisma	3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio settimanale ematochimici	2
<input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al WC	3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
<input type="checkbox"/> Gestione della stomia	3	<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche	3
<input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2	<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale	3
<input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)	3	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia di gruppo	2
<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero /a lunga permanenza	3	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia individuale	3
		<input type="checkbox"/> Comorbidità severa (CIRS-C < 3)	2
		<input type="checkbox"/> Comorbidità severa (CIRS-C = 3)	3
		<input type="checkbox"/> Necessità di educazione sanitaria al pz.	2

**FSS-ICU DA COMPILARE SOLO SE OBIETTIVO RICOVERO è riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo neuromotorio o stabilizzazione clinico assistenziale con supporto e addestramento del caregiver**

FSS-ICU	SCORE	FSS-ICU	SCORE
<b>ROTOLOAMENTO NEL LETTO</b>		<b>PASSAGGIO DA SUPINO A SEDUTO</b>	
Autonomo	7	Autonomo	7
Autonomo, ma si aiuta con le mani	6	Autonomo, ma si aiuta con le mani	6
Autonomo, ma va incoraggiato	5	Autonomo, ma va incoraggiato	5
Minima assistenza	4	Minima assistenza	4
Moderata assistenza	3	Moderata assistenza	3
Massima assistenza	2	Massima assistenza	2
Totalmente dipendente	1	Totalmente dipendente	1
Non può svolgere il compito	0	Non può svolgere il compito	0
<b>POSIZIONE SEDUTA BORDO DEL LETTO</b>		<b>PASSAGGIO DA SEDUTO IN PIEDI</b>	
Autonomo	7	Autonomo	7
Autonomo, ma si aiuta con le mani	6	Autonomo, ma si aiuta con le mani	6
Autonomo, ma va incoraggiato	5	Autonomo, ma va incoraggiato	5
Minima assistenza	4	Minima assistenza	4
Moderata assistenza	3	Moderata assistenza	3
Massima assistenza	2	Massima assistenza	2
Totalmente dipendente	1	Totalmente dipendente	1
Non può svolgere il compito	0	Non può svolgere il compito	0
<b>DEAMBULAZIONE</b>			
Autonomo (≥50m) senza ausili	7		
Autonomo (≥50m) con ausili	6		
Autonomo (≥50m), ma va incoraggiato	5		
Minima assistenza per (≥50m)	4		
Moderata assistenza (≥50m)	3		
Massima assistenza (50m)	2		
Meno di 15m o aiuto di due persone	1		
Non può svolgere il compito	0		

**Scala CR 10 di Borg DA COMPILARE SOLO SE OBIETTIVO RICOVERO è Riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo cardio-respiratorio**

Scala CR 10 di Borg (Adattata da Borg G. Med SciSport Exerc)		
Percezione della dispnea	A Riposo	Sotto Sforzo
Nessun Affanno		
Appena Percepibile		
Molto Lieve		
Lieve		
Moderato		
Moderatamente severo		
Severo		
Molto Severo		
Molto, Molto severo		
Insopportabile		

Timbro e FIRMA del Medico