



DOMANDA DI AMMISSIONE

Al Comune di Limone sul Garda

.....sottoscritt.....

Codice fiscale |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_| Sesso M F

nat.....a.....il.....

cittadinanza Figli: Femmine n°..... Maschi n°.....

Stato civile CELIBE/NUBILE CONIUGATO con

UNITO/A CIVILMENTE con

SEPARATO/A DIVORZIATO/A VEDOVO/A

Residente a..... CAP.....

in Via n°.....

telefono e-mail

Domicilio (se diverso dalla residenza) nel Comune di.....

in Via n°.....

Titolo di studio.....Precedente occupazione.....

ATS di Residenza.....Medico curante.....

Tessera Sanitaria n°.....

Pensione: ANZIANITÀ/VECCHIAIA MINIMA/SOCIALE REVERSIBILITÀ NESSUNA

Invalidità: CIVILE DEL LAVORO DI GUERRA IN CORSO NESSUNA

% riconosciuta: Titolare di assegno di accompagnamento SI NO

CHIEDE DI ESSERE INSERITO

Comunità Alloggio Sociale per Anziani (C.A.S.A.)

Mini Alloggio



A tal fine dichiara di:

- a) essere a conoscenza e di accettare le norme contenute nella Carta dei Servizi con particolare riferimento alle modalità di assegnazione, di utilizzo degli alloggi e le cause di decadenza;
- b) essere a conoscenza e di accettare le condizioni economiche regolanti l'ospitalità impegnandosi sin d'ora alla sottoscrizione del contratto di pagamento in caso di inserimento;
- c) di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di Limone sul Garda l'eventuale revoca della presente domanda o, comunque, di aggiornare la presente richiesta ogniqualvolta si verifichi un cambiamento sostanziale delle condizioni generali.

Condizioni abitative:

Vive con: coniuge/convivente coniuge/figli figli parenti badante
 solo/a altro.....

Abitazione: proprietà affitto uso gratuito

Piano: Ascensore: SI NO

Riscaldamento: centralizzato autonomo mancante

Barriere architettoniche: SI, quali..... NO

Servizi igienici all'interno dell'abitazione: SI NO

Attuale collocazione.....

Parenti (barrare la persona a cui fare riferimento):

	Grado di parentela	Cognome e nome	Via, numero civico, CAP, città	Telefono	E-mail
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Note di rilievo.....
.....
.....



Comune di Limone sul Garda

Provincia di Brescia



Alla presente domanda si deve **OBBLIGATORIAMENTE** allegare:

- Certificato medico attestante lo stato di salute;
- Carta di identità in corso di validità;
- Tessera sanitaria;
- Esenzione Ticket se in possesso;
- Verbale di invalidità se in possesso.

Al momento dell'entrata nella struttura, dovranno essere consegnati eventuali referti medici pregressi e terapie in corso.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali inseriti nella domanda ai sensi del Reg. UE 2016/679 e si impegna a comunicare l'eventuale rinuncia alla presente istanza, nonché eventuali variazioni ai dati sopra indicati, con particolare riferimento ai recapiti forniti.

Luogo e Data

Firma



SCHEDA SANITARIA
(DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE)

SIGNOR/A.....

MEDICO CURANTE.....

Valutazione dell'autonomia nelle ADL (Indice di BARTHEL)

	1 dipendenza completa	2 dipendenza grave	3 dipendenza moderata	4 dipendenza lieve	5 autosuf- ficienza
trasferimento letto-sedia	0	3	8	12	15
deambulazione	0	3	8	12	15
igiene personale	0	1	3	4	5
alimentazione	0	2	5	8	10
bagno/doccia	0	1	3	4	5
toilette/uso servizi	0	2	5	8	10
continenza urinaria	0	2	5	8	10
continenza intestinale	0	2	5	8	10
abbigliamento	0	2	5	8	10
scale	0	2	5	8	10
* uso carrozzina	0	1	3	4	5

Punteggio: ____/100

Funzioni cognitivo-comportamentali

	grave	moderato	lieve	assente
confusione (disorientamento spazio-tempo, turbe della memoria)	1	2	3	4
irritabilità	1	2	3	4
irrequietezza	1	2	3	4
agitazione motoria	1	2	3	4
deambulazione afinalistica	1	2	3	4
aggressività verbale e fisica, vocalizzi	1	2	3	4
deliri	1	2	3	4
ansia	1	2	3	4
depressione	1	2	3	4
insonnia	1	2	3	4

Punteggio: ____/40



Funzioni psico-sensoriali

	assente	limitata	integra
capacità di comunicare	1	2	3
vista	1	2	3
udito	1	2	3

Punteggio: ____/9

Condizioni sanitarie CIRS (obbligo di inserire le patologie)

1 - ASSENTE 2 - LIEVE 3 - MODERATO 4 - GRAVE 5 - MOLTO GRAVE

CARDIACA - solo cuore - DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
VASCOLARI - sangue, vasi, midollo, sistema linfatico - DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
IPERTENSIONE ARTERIOSA DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
RESPIRATORIE - polmoni, bronchi, trachea - DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
O.O.N.G.L. - occhio, orecchio, naso, gola, laringe - DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
APPARATO G. I. SUPERIORE - esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas - DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
APPARATO G. I. INFERIORE - intestino, ernie - DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
EPATICHE - solo fegato - DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
RENALI - solo rene - DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE - ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali - DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO-CUTE - muscoli, scheletro, tegumenti - DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO - non include la demenza - DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
ENDOCRINE – METABOLICHE - diabete, infezioni, stati tossici - DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
PSICHIATRICO COMPORTAMENTALI - demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5

Punteggio: ____/70



TERAPIE IN ATTO

.....
.....
.....
.....

ALTRI PROBLEMI SANITARI

(qualora non fosse compilato è da intendersi che non esistono tali patologie)

- Diete particolari.....
- Patologia oncologica avanzata.....
- Sclerosi Multipla Sclerosi Laterale Amiotrofica Malattie infettive.....
- Alcolismo Tabagismo Dipendenza da stupefacenti Presenza lesioni da decubito
- Cadute negli ultimi 6 mesi Trauma/intervento chirurgico.....
- Altro (specificare).....

AUSILI

AUSILI PER IL MOVIMENTO no bastone arto artificiale carrozzina altro

GESTIONE INCONTINENZA no pannoloni catetere vesc. ano artific. altro

GESTIONE DIABETE no solo dieta antidiabetici orali insulina

ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE no SNG PEG parenterale

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA no ossigeno terapia ventilatore altro

DIALISI sì no

Luogo e Data

Firma