



OSPEDALE DI CARITÀ ONLUS
dal 1212

QUESTIONARIO DI AMMISSIONE

A) SITUAZIONE ANAGRAFICA E SOCIALE *(da compilarsi a cura dell'interessato o chi ne fa le veci)*

Il/la sottoscritto/a:

Cognome Nome

Nato/a a il

Residenza

Stato civile: coniugato/a vedovo/a celibe/nubile vive

con: coniuge/convivente figli/parenti solo/a

altro

Persona di riferimento

parente conoscente assistente sociale

recapito telefonico

Attualmente Sig./ra si trova: a casa in ospedale altra RSA

Richiesta di soggiorno : temporaneo, per mesi

definitivo con domiciliazione

senza domiciliazione

Medico Curante: Telefono.....

CHIEDE

di essere ammesso/a nell'Ospedale di Carità Onlus. A tale scopo si preme di far compilare a cura del proprio medico curante, le informazioni sanitarie di seguito riportate.

Dichiara inoltre di accettare tutte le disposizioni emanate o emanande dall'Amministrazione che regolano la vita della Residenza Protetta.

Taggia, lì

Firma del sottoscritto o chi ne fa le veci

.....

Sezione da compilarsi a cura del medico curante

(barrare le caselle corrispondenti)

B) CONDIZIONI CLINICHE

Anamnesi patologica remota :

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

Patologia in atto :

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

Condizioni cliniche attuali :

- STABILI con monitoraggio infermieristico
medico e strumentale < di una volta
/settimana
- MODERATAMENTE STABILI con monitoraggio programmabile una o più
volte/settimana
- INSTABILI con monitoraggio quotidiano

PREGRESSA TBC sì no

Il Sig./ra è affetto/a da malattie contagiose : sì no

Pertanto può vivere in comunità: sì no

INDISPENSABILE allegare i seguenti esami non antecedenti a tre mesi rispetto alla data della domanda:

Emocromo – Azotemia – Glicemia – Creatinina – Quadro elettrolitico – Markers epatite A/B/C – VDRL – SGOT - SGPT

Inoltre, fotocopie della documentazione sanitaria dell’Ospite (referti di esami strumentali e visite specialistiche, esami ematochimici, lettere di dimissioni di ricoveri ospedalieri recenti e pregressi).

C) CONDIZIONI SPECIFICHE

Coerente e orientato si no se no: Itinerante si no

Inserimento sociale nessun problema
 ha delle difficoltà
 Presenta gravi problemi di inserimento

Vista Vede bene
 Funzione parzialmente conservata
 Non vedente

Udito Sente bene
 Funzione parzialmente conservata
 Non udente

Parola Parla normalmente
 Difficolta' nell'espressione verbale
 Afasia

Continenza sfinterale SI NO

Uso pappagallo o padella
 Necessita di accompagnamento W.C.
 Necessita di pannolone
 Portatore di catetere vescicale
 Portatore di neostoma uretero-cutaneo
 Portatore di neostoma enterocutaneo

Igiene personale

Autosufficiente SI NO

Abbigliamento

Autosufficiente SI NO

Tipo di alimentazione Normale
 Artificiale

Dieta Per diabetici
 Per neuropatici
 Intolleranze e o allergie alimentari
 Specificare.....

- Aiuto alla alimentazione** Nessun aiuto
 Necessita di aiuto per tagliare gli alimenti
 Deve essere imboccato
 Portatore di sonda naso-gastrica o stomia o PEG

- Mobilizzazione dal letto** Si alza da solo o non si alza
 Necessita di aiuto

Necessita di materasso anti decubito SI NO

- Deambulazione** Autosufficiente
 Non autosufficiente (uso carrozzella o bastone o tripode)

- Igiene posto letto** Autosufficiente
 Non autosufficiente

- Nursing infermieristico** Presenza di elastomero per terapia peridurale
 Necessita di terapia nutrizionale parenterale
 Necessita di medicazioni per lesioni da decubito
 Necessita di medicazioni per ulcere vascolari arti inferiori
 Necessita di sorveglianza e gestione della tracheostomia
 Necessita di sorveglianza per O2 terapia 24 ore
 Esegue chemioterapia a cicli o continuativamente
 Necessita di sorveglianza perche' clinicamente instabile

Ricoveri per patologia psichiatrica: Si No

Tentato suicidio Si No

Grado di collaborazione: collaborante
 poco collaborante assenza di collaborazione

D) TERAPIE

Terapie mediche in atto:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

