

Via Vecchia di Montefallonio 7-12016 Peveragno (CN)

Data di ricezione del documento firmato _____

SCHEDA PRE-INGRESSO NUOVO OSPITESIG./RA _____ SESSO M ☐ F ☐

CODICE FISCALE _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTEA _____ PROV. _____

VIA _____ N. _____

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____

STATO CIVILE _____

PRESENZA DI RAPPRESENTANTE LEGALE (TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO) SI ☐ NO ☐

COGNOME E NOME RAPPRESENTANTE LEGALE _____

RECAPITO TELEFONICO RAPPRESENTANTE LEGALE _____

COGNOME/NOME DI CHI EFFETTUA LA DOMANDA _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENZA _____

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____

TEL. _____ CELL. _____ e-mail _____

ALTRI RECAPITI _____

GRADO DI PARENTELA _____

TIPOLOGIA DISERVIZIO RICHIESTO RESIDENZIALE ☐ ALTRO ☐ _____RICOVERO ☐ DEFINITIVO ☐ TEMPORANEO (Se TEMPORANEO per n° giorni _____)☐ IN CONVENZIONE ☐ PRIVATOASL DI APPARTENENZA _____ ESENZIONE SI ☐ NO ☐ (Se S Iquale _____)INVALIDITÀ SI ☐ (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE) NO ☐ IN FASE DI RICHIESTA ☐INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO SI ☐ NO ☐ IN FASE DI RICHIESTA ☐INTEGRAZIONE RETTA SI ☐ (ENTE _____) NO ☐

ATTUALE MEDICO DI BASE _____ TEL. _____

EVENTUALI NOTE _____

AREA ASSISTENZIALE

CONDIZIONI PSICHICHE

- ☐ LUCIDO E ORIENTATO NELLO SPAZIO E NEL TEMPO (SACHE GIORNO E' - SADOVE SI TROVA)
☐ VIGILE (COMPRENDE CIO CHE ACCADE INTORNO A LUI)
☐ FASI DI CONFUSIONE E DISORIENTAMENTO
☐ PERSISTENTE DISORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE
☐ FASI DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA
☐ INSONNIA
☐ AGGRESSIVITÀ ☐ VERBALE ☐ FISICA

CURA DELLA PROPRIA PERSONA

- IGIENE ☐ DA SOLO/A ☐ CON AIUTO ☐ NON AUTONOMO
 VESTIZIONE ☐ DA SOLO/A ☐ CON AIUTO ☐ NON AUTONOMO
 ACCOMPAGNAMENTO IN BAGNO ☐ DA SOLO/A ☐ CON AIUTO ☐ NON AUTONOMO

ALIMENTAZIONE

- ☐ AUTONOMA
☐ CON PICCOLO AIUTO
☐ CON NECESSITÀ DI IMBOCCAMENTO
☐ CON DIFFICOLTÀ DI MASTICAZIONE: HA I SUOI DENTI ☐ SÌ ☐ NO ☐
☐ SOSPETTA DI SFAGIA ☐ AI LIQUIDI ☐ AI SOLIDI
☐ DIETE SPECIALI (Se SÌ indicare quali _____)
☐ ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE PEG ☐ SNG ☐ ALTRO ☐ _____
☐ INTOLLERANZE _____

CIBI NON GRADITI _____

CIBI PARTICOLARMENTE GRADITI _____

IDRATAZIONE

- ☐ ACQUA ☐ ACQUA GEL ☐ ADDENSANTE ☐ VINO AI PASTI

INCONTINENZA SÌ ☐ NO ☐ urinaria ☐ fecale ☐ SALTUARIA ☐ urinaria ☐ fecale ☐

USO PROTEZIONE IGIENICA ☐ DIURNA ☐ NOTTURNA ☐

TIPOLOGIA DI PROTEZIONE _____

FORNITURA ASL PROTEZIONI IGIENICHE SÌ ☐ NO ☐ IN FASE DI RICHIESTA ☐

PRESENZA DI CATETERE VESCICALE SÌ ☐ NO ☐

PRESENZA LESIONI DA PRESSIONE SÌ ☐ NO ☐

NECESSITA' DI MATERASSO ANTIDECUBITO SÌ ☐ NO ☐

DESCRIZIONE LESIONE DA PRESSIONE _____

PROTESI ED AUSILI

- ☐ OCCHIALI
☐ PROTESI DENTARIA ☐ SUPERIORE ☐ INFERIORE
☐ PROTESI ACUSTICA ☐ DESTRA ☐ SINISTRA
☐ OSSIGENOTERAPIA N. ORE AL GIORNO _____

AREA MOTORIA

DEAMBULAZIONE

- ☐ CAMMINA DA SOLO/A
- ☐ CAMMINA CON AIUTO ☐ CON BASTONE ☐ CON DEAMBULATORE
- ☐ IN CARROZZINA: USA LA CARROZZINA IN MANIERA AUTONOMA SI ☐ NO ☐
- ☐ E' ALLETTATO (Specificare da/per quanto tempo _____)
- ☐ RECENTI CADUTE Negli ultimi 6 mesi ☐
- Negli ultimi 12 mesi ☐

AUSILI IN DOTAZIONE (SPECIFICARE SE DI PROPRIETÀ O IN DOTAZIONE ASL)

AREA SOCIALE

ABITUDINI

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| FUMA | SI ☐ | NO ☐ |
| AMA LEGGERE | SI ☐ | NO ☐ |
| ASCOLTA MUSICA | SI ☐ | NO ☐ |
| GUARDA LA TV | SI ☐ | NO ☐ |
| RIPOSINO POMERIDIANO | SI ☐ | NO ☐ |
| PARTECIPA ALLA VITA SOCIALE | SI ☐ | NO ☐ |

ALTRO _____

ATTIVITÀ LAVORATIVE SVOLTE _____

EVENTUALI ABITUDINI PARTICOLARI/HOBBY _____

DATI TRASMESSI DA (indicare se Parente, Assistente Sociale, Medico, ecc.) _____

DATA _____ COGNOME/NOME _____ FIRMA _____

DATI RACCOLTI DA (Se la scheda è compilata da un operatore della Struttura) _____

DATA COMPILAZIONE _____ FIRMA COMPILATORE _____

Il/la Sottoscritto/a dichiara di avere preso visione dell'informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte di Villa Fiorita S.r.l. con sede operativa in via Vecchia di Montefallonio n. 7 - Peveragno e sede legale in Piazza Galimberti n. 1 - Cuneo

FIRMA OSPITE/RAPPRESENTANTE LEGALE O PARENTE _____

.....

INGRESSO ACCETTATO SI ☐ NO ☐

EVENTUALI NOTE/VALUTAZIONE LIVELLO ASSISTENZIALE _____

.....

PRESA VISIONE DELLA SCHEDA PRE-INGRESSO DA PARTE DEL DIRETTORE SANITARIO
(O DIRETTORE DI STRUTTURA O SUO DELEGATO) DATA _____ FIRMA _____

SCHEDA MEDICA

(ALLEGATO ALLA SCHEDA PRE-INGRESSO NUOVO OSPITE)

COMPILATA DA :

☐ MEDICO DI MEDICINA GENERALE

☐ MEDICO O DIR.SAN.DELLA STRUTTURA

COGNOME E NOME _____

COGNOME E NOME _____

COGNOME/NOME OSPITE _____ DATA DI NASCITA _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

ALLERGIE/INTOLLERANZE FARMACOLOGICHE ED ALIMENTARI

SI ☐ NO ☐

SE INDICATO SÌ, QUALI ALLERGIE/INTOLLERANZE _____

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA – MOTIVAZIONI DI INSERIMENTO



TERAPIA IN CORSO _____

EVENTUALI ANNOTAZIONI

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface.

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO