



REGIONE CALABRIA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA

Via Dante Alighieri 89900 Vibo Valentia - Part. IVA 02866420793

Al PUA Moderata Durant _____

Distretto di _____

Vibo Valentia _____

ALLEGATI ALLA RICHIESTA DI RICOVERO

1. Domanda di accesso ai servizi-Socio-Sanitari territoriali
2. Scelta struttura Residenziale
3. Scheda di valutazione medica Dott. (3 fogli)
4. Dichiarazione Sostitutiva dell'atto di certificazione(residenza e stato di famiglia
5. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante l'assenza o meno di altri redditi diversi di cui al punto 11) nonché il godimento o meno dell'indennità di accompagnamento. In caso di altri redditi allegare copia della dichiarazione reddituale annua;
6. Dichiarazione dei familiari
7. Dichiarazione di consenso al ricovero e ai trattamenti dei dati.
8. Fotocopia della certificazione d'invalidità
9. Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito.
10. Fotocopia della tessere sanitaria
11. Copia dell'ultimo cedolino.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente a codesto U.O. ogni variazione reddituale nonché il godimento o meno dell'indennità di accompagnamento.

Data _____

Firma

REGIONE CALABRIA

PUNTO UNICO DI ACCESSO Ambito di _____

Oggetto: SCELTA STRUTTURA RESIDENZIALE

RICHIEDENTE:

Cognome _____ Nome _____
 Nat. a _____ il _____

ASSISTITO:

Cognome _____ Nome _____
 Nat. a _____ il _____
 Residente a _____ Via _____

ATTESO che dalla documentazione prodotta l'utente risulta residente nel territorio di competenza di questa A:S: ed in possesso dei requisiti previsti a poter fruire degli interventi di assistenza residenziale e/o semiresidenziale.

CHIEDE

Che compatibilmente alla valutazione dell'U.V.M. possa essere ospitato nella struttura sotto indicata:

Cod. Reg.	Tipologia	Struttura prescelta
R1	RSA M.	
R2	RSA A	
R2	RSA D	
R3	CP A	
R3	CP D	
SR1	Riab. est. a C.C.	
SR1	Riab. est. a C.d.	
	Riab. Est. ambul.	
	Riab. est. P.G.	
	D.C.A.	
	SLA	
	Autismo	

Data _____

REGIONE CALABRIA
ASP

Firma

PUNTO UNICO DI ACCESSO Ambito di _____

Oggetto: Dichiarazione di Consenso al Ricovero

ASSISTITO:

Cognome _____ Nome _____

Nat_ a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Dichiara di acconsentire all'eventuale ricovero presso la struttura prescelta e/o disponibile.

FIRMA dell'assistito

Per l'assistito impossibilitato a firmare, l'impegno viene assunto dal Sig. _____

In qualità di _____ che con sottoscrizione della presente si fa carico di tutti gli obblighi ed oneri riferiti al ricovero

Documento _____ rilasciato _____

N. _____ (firma) _____

Dichiarazione d'Impegno:

Con la presente, altresì, il sottoscritto/a _____

(cognome e nome dell'assistito/familiare/tutore)

In riferimento all'allegata istanza di ricovero in RSA/C.P., nel caso che lo stesso ricovero venga autorizzato si impegna a rispettare le decisioni in materia di dimissioni definitive e di corrispondere in proprio la quota della tariffa che resta a suo carico e sarà da questi versata direttamente alla Struttura.

Di comunicare e trasmettere tempestivamente eventuali variazioni del proprio reddito e del godimento o meno dell'indennità di accompagnamento;

S'impegna e si obbliga sin d'ora a fare proprie le rette giornaliere riferite alla permanenza nella struttura in ipotesi del venir meno dei requisiti che ne hanno determinato l'accesso e/o proroga.

Data _____

_____ Firma :

REGIONE CALABRIA
ASP

PUNTO UNICO DI ACCESSO Ambito di _____

Oggetto: Domanda di Accesso ai servizi Socio - Sanitari territoriali

RICHIEDENTE:
 Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 Nat_a _____ il ____/____/____ Telefono _____
 Legame con l'assistito: sé stesso familiare/affine sogg. civil. obblig.
 assistente sociale medico di M.G. medico ospedaliero

ASSISTITO: C.F.: _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 Nat_a _____ il ____/____/____ Residente a _____
 Domiciliato a _____ Via _____ Tel. _____

Stato civile <input type="checkbox"/> Celibe <input type="checkbox"/> Nubile <input type="checkbox"/> Coniugat <input type="checkbox"/> Separat <input type="checkbox"/> Divorziat <input type="checkbox"/> Vedov <input type="checkbox"/> Non dichiarato	Titolo di studio <input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> licenza element. <input type="checkbox"/> licenza media inf. <input type="checkbox"/> diploma medio sup. <input type="checkbox"/> diploma universit. <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> non dichiarato	Medico curante Dr. _____ Tel. _____
--	--	---

Natura della richiesta: (individuare il Servizio che a parere dei richiedenti potrebbe soddisfare i bisogni dell'assistito)

<input type="checkbox"/> Servizio socio assistenziale domiciliare	<input type="checkbox"/> cure domiciliari prestazionali	<input type="checkbox"/> cure domiciliari integrate	<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare programmata
<input type="checkbox"/> assistenza residenziale	<input type="checkbox"/> cure domiciliari palliative	<input type="checkbox"/> assistenza riabilitativa	<input type="checkbox"/> altro (specificare)

Contesto della richiesta: (indicare quali sono i principali problemi sociali e sanitari che inducono la richiesta)

Data _____

Firma _____

Consenso Informato

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 SI NO

Luogo e data _____ Firma _____

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
U.O.S.S.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI GENERALI E SENSIBILI
D.L. 196 del 30/06/2003

DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 7 del D.L. 30/06/2003 n° 196, ai sensi dell'art.23 del decreto stesso, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui sopra e si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni dei dati.

Nome e Cognome: _____

Firma leggibile: _____

Luogo e data: _____

FAMILIARE/TUTORE/CURATORE/ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Il/la sottoscritto/a: _____

in qualità di: _____

del/la Sig./ra: _____

dichiara che le condizioni psico-fisiche del/la su nominato/a Sig./Sig.ra sono tali da non consentire la diretta informazione oppure che il Sig./Sig.ra è stato di impossibilità fisica o sottoposto/a a provvedimento di protezione giuridica (tutela, curatela, AdS), per cui il/la sottoscritto/a rilascia per suo conto le informazioni inerenti il trattamento dei dati personali e sensibili.

Nome e Cognome: _____

Firma leggibile: _____

Luogo e data: _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art.46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Li _____

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ () il _____

residente in via _____ a _____

in qualità di familiare/tutore/Ads del/della Sig.Sig.ra: _____

Nato a _____ il _____ residente in via

_____ n° _____ a _____

DICHIARA

che l'anziano/a è:

* Residente in via _____ n° _____

a _____ Cap _____

* Domiciliato in via _____ n° _____

a _____ Cap _____

* Che la sua famiglia convivente è composta da:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	rapporto di parentela

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i, e di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione.

Firma

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta e presentata unitamente a copia ortostatica di un documento di identità del/la sottoscritto/a.

DICHIARAZIONE DEI FAMILIARI

I sottoscritti in qualità di familiari del/la Sig./ Sig.ra _____

1) Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ () il _____
residente in Via _____ a _____
Tel. : _____ grado di parentela: _____
firma: _____

2) Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ () il _____
residente in Via _____ a _____
Tel. : _____ grado di parentela: _____
firma: _____

3) Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ () il _____
residente in Via _____ a _____
Tel. : _____ grado di parentela: _____
firma: _____

4) Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ () il _____
residente in Via _____ a _____
Tel. : _____ grado di parentela: _____
firma: _____

5) Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ () il _____
residente in Via _____ a _____
Tel. : _____ grado di parentela: _____
firma: _____

Dichiarano di essere consapevoli e consenzienti al ricovero del/la proprio/a familiare al ricovero presso la casa protetta o RSA (residenze sanitarie assistenziali).

DICHIARAZIONE DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ Li _____

Nato/a a _____ () il _____

residente in via _____ n. _____

in qualità di familiare/tutore/AdS del/la Sig./Sig.ra: _____

Nato a _____ il _____

residente in via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.t.u.i.

in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che allo stato attuale il reddito personale dello/a stesso/a anziano/a consiste nella pensione/i:

categoria _____ per l'importo di € _____ / mese;

categoria _____ per l'importo di € _____ / mese;

categoria _____ per l'importo di € _____ / mese;

categoria _____ per l'importo di € _____ / mese;

- che lo/a stesso/a non possiede altri redditi;

- e il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare a codesta ASP eventuali variazioni di reddito dello/a stesso/a.

Si allega copia dell'ultimo/i cedolino/i di pensione.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati ai fini del presente procedimento (L. 196/03).

_____ Firma

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, N. 445.

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del/la sottoscritto/a.

Richiesta di accesso ai servizi socio-sanitari territoriali

Scheda di valutazione medica

Assistito

Cognome _____ Nome _____ Nat. il ____ / ____ / ____

Domiciliato a _____ Via _____ Tel. _____

Contesto della richiesta (specificare i problemi clinici e sociali che inducono la richiesta)

.....

.....

.....

Valutazione dei bisogni

MOBILITA'

cammina autonomamente cammina con l'ausilio

su carrozzina allettato cammina con l'aiuto di un'altra persona

AREA COGNITIVA (disturbi della memoria, orientamento, attenzione, comprensione)

assenti/lievi moderati gravi

DISTURBI COMPORTAMENTALI (aggressività, violenze, fuga, ecc.)

assenti/lievi moderati gravi

CONTROLLO SFINTERICO

controllo completo portatori di catetere presenza di stomia

incontinenza urinaria doppia incontinenza

I-II stadio (sede)

ULCERE CUTANEE

assenti III-IV stadio (sede)

ALIMENTAZIONE

indipendente enterale tramite SNC PEG-PEJ

assistita parentale CVC si no

RESPIRAZIONE

broncoaspirazione ossigenoterapia

ventiloterapia tracheotomia

RISCHIO INFETTIVO (indica se l'assenza è a rischio di infezione)

si no

PROCEDURE TERAPEUTICHE

sottocute intramuscolo intravena

gestione CVC trasfusione controllo del dolore

TERMINALITA'

oncologica non oncologica

DISABILITA'

riabilitaz. neurologica riabilitaz. ortopedica riabilitaz. di mantenimento

SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE

alloggio idoneo mancanza di alcuni servizi barriere architettoniche

SUPPORTO DELLA FAMIGLIA E DELLA RETE INFORMALE

presenza presenza parziale e/o temporanea assenza

EDUCAZIONE TERAPEUTICA

si (specificare)..... no

Trattamenti farmacologici in corso

.....

.....

.....

Servizio richiesto (indicare il servizio che a parere del Medico potrebbe soddisfare i bisogni dell'assistito)

<input type="checkbox"/> servizio socio assistenziale domiciliare	<input type="checkbox"/> cure domiciliari prestazionali	<input type="checkbox"/> cure domiciliari integrate	<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare programmata
<input type="checkbox"/> assistenza residenziale	<input type="checkbox"/> cure domiciliari palliative	<input type="checkbox"/> assistenza riabilitativa	<input type="checkbox"/> altro (specificare)

Note

.....

.....

.....

Medico proponente

Cognome Nome Telefono

Sede di lavoro E.mail.....

MMG PLS medico ospedaliero

specialista territoriale medico di C.A. altro.....

Frequenza proposta delle visite programmate dal medico di MG

1 v/ settimana 1v/ 15giorni 1v/mese n.v/settimana

Desidero partecipare alla seduta dell'unità di valutazione su questa assistito si no

Data _____

firma e timbro _____