



Ricovero in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie

Da compilare a cura del Medico Curante

<b>Cognome e Nome paziente</b> .....	
nato/a .....	il .....
Comune di residenza .....	
Indirizzo .....	

<b>Sintesi diagnostica</b>	→	..... ..... .....
<b>Terapia in atto</b>	→	..... .....

**Disfagia** Si  No

**Afasia/disartria** Si  No

**Nutrizione**  per os  Sondino n-g  PEG  Parenterale

**Respirazione**  normale  Ossigeno  Ventilazione meccanica  con tracheostomia

**Aspirazione secrezioni bronchiali** Si  No  **Presenza deficit sensoriali**  Visivi  Uditivi

**Portatore di:**

Pace Maker  Catetere peridurale  Catetere venoso centrale  Pompa elastomerica  
 Tracheostomia  Urostomia  Colostomia  Catetere vescicale  
 Protesi  Ortesi Quali:.....

**Presenza Piaghe da decubito** Si  No

**Eventuali sedi** .....

**Altre lesioni:** Si  No

Si  No

<b>STATO DI COSCIENZA</b>	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
<b>Deterioramento cognitivo</b>	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato		<input type="checkbox"/> grave
<b>Comprensione ordini semplici</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Disturbi del comportamento</b>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati		<input type="checkbox"/> gravi

**ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA**

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

**In fede**



**Luogo e data,**.....

(Allegato 1)

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone . Servizio P.U.A. Front-Office (Centro Salute Mentale)  
Via Via Tufolo 88900 Crotone. Centralino ASP 0962.924111- tel. 0962.924515 tel. e fax 0962924506

## Azienda Provinciale di Crotone

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'(a)

(Art.47 DPR 445 del 28/12/2000)

\_\_\_\_\_ Sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ del Sig/ra \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

alla via \_\_\_\_\_ domiciliat a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Consapevole delle norme penali previste dall'Art.76 DPR 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci.

Dichiara:

Che il reddito (1) prodotto nell'anno precedente dal proprio familiare;

E' pari ad € \_\_\_\_\_

- Che il Soggetto titolare della domanda non possiede altri redditi all'infuori della pensione;
- Che percepisce l'indennità di accompagnamento a datare dal .....
- Che non percepisce l'indennità di accompagnamento;

Si allega alla presente: \_\_\_\_\_

Dichiarazione ISE (DGR n° 845 dell'27/12/2007)

(1) Ai sensi della D.G.R. 845/07, per determinare il reddito personale dell'utente si deve far riferimento a tutte le sue entrate, provenienti da beni immobili e/o risorse finanziarie, non solo, dunque, in riferimento ai redditi soggetti all'Irpef, ma anche a quelli esenti (esempio: la pensione di invalidità civile, la rendita Inail, altre rendite vitalizie a qualsiasi titolo percepite, pensioni di guerra ecc...) e a quelli con ritenuta alla fonte (interessi bancari o postali, rendite da titoli di Stato ecc...).

(2) Eventuali variazioni di reddito devono essere comunicati tempestivamente a questo Dipartimento.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali limitatamente a quanto previsto dagli Art. 22-24 della legge 31/12/1996 n°675.

(a) Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente oppure sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità.

(Art.38 comma 3- DPR 28/12/2000 n°445)

Data e luogo .....

Il Dichiarante

.....

### Riservato alla U.O. Gestione centralizzata ricoveri residenziali -Settore contabilità-

Reddito complessivo mensile € \_\_\_\_\_ Quota giornaliera a carico dell'utente € \_\_\_\_\_ per gg. 30

Quota giornaliera a carico dell'utente € \_\_\_\_\_ per gg. 31

Indennità di accompagnamento € \_\_\_\_\_ Quota giornaliera a carico dell'utente € \_\_\_\_\_ per gg. 28

Crotone li \_\_\_\_\_

Il Funzionario addetto

 Allegato 2

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL RICOVERO RESA DALL'ASSISTITO**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_, dichiara di acconsentire

all'eventuale ricovero presso la struttura RSA/A..... sita in .....

Luogo e data.....

Firma dell'assistito

Nel caso in cui l'assistito è impossibilitato a firmare, la presente dichiarazione andrà confermata alla presenza di 2 (due) testimoni con gli estremi di un valido documento di riconoscimento e firma leggibile.

**1° teste**

\_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

\_\_\_\_\_  
Residenza

Carta d'identità n° \_\_\_\_\_ n°rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

.....  
(firma leggibile)

\*\*\*\*\*

**2° teste**

\_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

\_\_\_\_\_  
Residenza

Carta d'identità n° \_\_\_\_\_ n°rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

.....  
(firma leggibile)

Data e luogo .....

**Allegato 3**