

| | | |
|---|--|--|
|  | SCHEDA PER PROPOSTA DI INSERIMENTO OSPITE | Livello: Direzione Sanitaria Settore: RSA |
| Revisione: 02 | Data: 10/01/2019 | Tracciabilità: RSA Mod. 02 |

PROPOSTA DI INSERIMENTO OSPITE

**Al Direttore Sanitario della R.S.A.
"Villa San Francesco"**

ASSISTITO (cognome e nome): _____

Codice f.scale: _____ * Sesso: _____ Età: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

Telefono di residenza: _____

Stato civile: _____

PROPONENTE (familiare, tutore/amministratore di sostegno, MMG, altro):

Telefono: _____

Indirizzo e-mail: _____ *

Ricoveri precedenti: SI NO

(Se si, indicare strutture di ricovero: _____)

PATOLOGIA PRINCIPALE _____

DATA EVENTO LESIVO _____

PATOLOGIE SECONDARIE _____



SCHEDA PER
PROPOSTA DI INSERIMENTO
OSPITE

Livello: Direzione Sanitaria
Settore: RSA

Revisione: 02

Data: 10/01/2019

Tracciabilità: RSA Mod. 02

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------|
| CONDIZIONI GENERALI | <input type="checkbox"/> BUONE | <input type="checkbox"/> DISCRETE | <input type="checkbox"/> SCADENTI | _____ |
| STATO DI COSCIENZA | <input type="checkbox"/> VIGILE | <input type="checkbox"/> OBNUBILATO | <input type="checkbox"/> CONFUSO | _____ |
| CONDIZIONI MENTALI | <input type="checkbox"/> INTEGRE | <input type="checkbox"/> DETERIORATE | | _____ |
| ALIMENTAZIONE | <input type="checkbox"/> PER OS | <input type="checkbox"/> ENTERALE | <input type="checkbox"/> PARENTERALE | _____ |
| CONTROLLO MINZIONE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | | _____ |
| CATETERE A PERMANENZA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | | _____ |
| CONTROLLO DELL'ALVO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | | _____ |
| DECUBITI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SEDE | _____ |
| DEAMBULAZIONE | <input type="checkbox"/> AUTONOMA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |

Altre notizie rilevanti per il progetto riabilitativo: _____

Terapia medica e farmacologica in atto: _____

Dati sociali: _____

Data della proposta

Il proponente

.....

.....

Inserimento SI Data

Lista di Attesa

NO Motivo

Firma Direzione
Sanitaria