

RICHIESTA DI INSERIMENTO
presso la Struttura socio_assistenziale e socio_sanitaria
RESIDENZE DI ESPER

Comunità Terapeutica riabilitativa a ciclo residenziale e semi-residenziale

Data _____

Alla Spett.le
RESIDENZE DI ESPER Onlus
Via Betulle 2
Cap 03014 - Fiuggi (FR)

da compilarsi a cura del familiare/tutore

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

Comune

indirizzo

tel. _____

nella sua qualità di _____

CHI E D E L'INSERIMENTO NELLA STRUTTURA RESIDENZE DI ESPER IN FIUGGI

per il/la Sig. /Sig.ra _____

cognome

nome

da compilarsi a cura del servizio inviante

SERVIZIO INVIANTE/SEGNALATORE _____

Indirizzo _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Operatore/i di riferimento: _____

cognome

nome

qualifica

CHI E D E L'INSERIMENTO NELLA STRUTTURA RESIDENZE DI ESPER IN FIUGGI

per il/la Sig. /Sig.ra _____

cognome

nome

Tipo di inserimento richiesto

Servizio residenziale

C.A. (Comunità Alloggio Socio terapeutica riabilitativa)

A tempo indeterminato

A tempo determinato periodo dal _____ al _____

Servizio semiresidenziale

● C.S.E (Centro Socio Educativo terapeutico riabilitativo)

● a tempo pieno (minimo 5 gg. Settimana; minimo 7 ore al Giorno ; minimo 11 mesi all'Anno)

● a tempo parziale dal lunedì' al venerdì (minimo 7 ore al giorno) n. ore settimanali

A tal fine, in allegato, si forniscono le informazioni necessarie per la valutazione della richiesta.

Allegati:

All. 1 _____

All. 2 _____

Altri allegati (specificare)

In fede

Anamnesi sociale

Informazioni anagrafiche Utente/Ospite

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Stato civile _____

Comune

Provincia

Residente a _____ (CAP _____) dal _____

Codice fiscale _____ Cittadinanza _____

Attuale collocazione _____

Composizione del nucleo familiare

(specificare nome e cognome, data di nascita, grado di parentela e recapito telefonico)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Indirizzo della famiglia _____

Recapito altri familiari e persone di riferimento

(specificare nome e cognome, data di nascita, grado di parentela e recapito telefono)

1. _____

2. _____

3. _____

Diagnosi sanitaria

Situazione giuridica

Interdizione SI NO

Tutore (dati anagrafici e recapiti completi) _____

Amministrazione di sostegno SI NO

Amministratore di sostegno (dati anagrafici e recapiti completi)

Inabilitazione SI NO

Curatore (dati anagrafici e recapiti completi)

Informazioni significative sul contesto socio-familiare

Scolarizzazione:

non concluso obbligo
concluso obbligo (anno:)
formazione professionale
scuola superiore
scuola universitaria
laurea
non nota

Attività post – scuola:

nessuna
CSE/CDD
SFA
tirocinio lavoro
lavoro
altro

Altre informazioni utili (es. esperienze di integrazione sociale, inserimenti in altre strutture, frequenza ambiti di volontariato, parrocchiale, altro)

Attività prima dell'inserimento:

- nulla/pensionato
- lavoratore
- studente

Situazione pensionistica e patrimonio/finanziaria :

- Invalità civile
- Indennità di accompagnamento
- Pensione Sociale
- Pensione Anzianità
- Reversibilità
- Infortunio sul lavoro
- Rendite (natura)

Altro

(specificare) _____

Motivo della richiesta di inserimento e obiettivi di recupero psicofisico per il reinserimento sociale e familiare

INFORMATIVA per la TUTELA della PRIVACY (D. Lgs. 196/03)

Ai sensi dell'art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che i dati raccolti saranno utilizzati dalla " FONDAZIONE "R. PIATTI" ONLUS ", titolare del trattamento al fine di adempiere alle esigenze contrattuali, ed ai conseguenti adempimenti degli obblighi legali e fiscali, nonché per consentire una efficace gestione dei rapporti finanziari e commerciali. I dati forniti saranno trattati anche con modalità informatiche da nostro Personale incaricato al trattamento; non saranno oggetto di alcuna diffusione; potranno essere comunicati, previo suo consenso, unicamente per le finalità esposte. Per i diritti riservati all'interessato dalla Legge si rimanda al disposto di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/03. Potrà rivolgersi per l'esercizio dei suoi diritti, al Responsabile del trattamento al N. telefonico 0332 281025.

Data _____ Firma _____

Servizi di riferimento

Servizio Sociale comunale (*indirizzo e recapito del servizio*)

Operatori referenti (*nome, qualifica, recapito*)

Servizio distrettuale ASL - Area della disabilità (*indirizzo e recapito del servizio*)

Operatori referenti (*nome, qualifica, recapito*)

Medico di Base (*indicare nome e recapito*)

Altro (*specificare la tipologia del servizio, indirizzo, recapito e operatori referenti*)

Compilato da _____

Firmato da _____

data _____

Anamnesi sanitaria - Profilo clinico funzionale
(da compilarsi a cura del medico di base o altri medici specialisti)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____
Comune Provincia

Diagnosi attuale _____

Anamnesi clinica

Problematiche psicopatologiche ed aspetti comportamentali

Terapia farmacologica attuale (nome del farmaco e posologia)

Malattie infettive pregresse

Malattie infettive in atto

Indicazioni per: diete speciali, intolleranze e/o allergie alimentari e farmacologiche

Dieta specifica: SI NO

Presenta problemi di deglutizione: SI NO

Necessita di cibi: spezzettati

tritati

frullati

Protesi dentaria: SI NO

Presenta alterazioni del sonno: SI NO

Se sì, specificare: _____

Presenta incontinenza sfinterica: SI NO

Se sì, specificare: _____

Utilizza ausili per l'incontinenza: SI NO

Utilizza ausili/presidi (scarpe ortopediche, deambulatori, carrozzina, caschetto paracolpi, ecc.) SI NO

(se sì, specificare tipo e modalità d'uso) _____

allegare eventuale copia della prescrizione del medico fisiatra.

N.B. allegare fotocopia della documentazione clinica

Compilato da _____ in data _____

ELENCO DEI DOCUMENTI DA PRODURRE AL MOMENTO DELL'INSERIMENTO

Documenti personali dell'ospite:

- * Tessera S.S.N.
- * Tessera di esenzione ticket
- * Codice fiscale
- * Carta d'identità
- fotocopia del verbale di invalidità civile
- fotocopia del certificato di gravità ai sensi della L.104/92
- fotocopia del decreto di nomina di interdizione e/o inabilitazione e/o amministrazione di sostegno

Documentazione sanitaria:

- eventuali fotocopie di cartelle cliniche, referti specialistici e relazioni cliniche, riguardanti lo stato di salute generale dell'ospite
- Anamnesi sanitaria (attraverso la compilazione dell'allegato 2 al presente modulo);
- Relazioni educative redatte dai servizi di provenienza
- esami ematochimici e strumentali recenti
- TERAPIA FARMACOLOGICA in corso, su prescrizione medica, (con indicazione dell'esatta posologia ed orari di somministrazione)
- segnalazione medica di EVENTUALI ALLERGIE farmacologiche e non

N.B. GLI ESAMI E LA TERAPIA FARMACOLOGICA VANNO TASSATIVAMENTE CONSEGNA TI ALLA RESPONSABILE DI STRUTTURA E/O ALL'INFERMIERA DI STRUTTURA ENTRO E NON OLTRE LA DATA DELL'INGRESSO.

* il documento va consegnato in originale per l'inserimento in struttura residenziale, in fotocopia per l'inserimento in struttura semiresidenziale con presenza inferiore a 7 giorni la settimana.

Esami richiesti al momento dell'ingresso nelle strutture residenziali e semiresidenziali:

- Mantoux (per tubercolosi)
- Rx torace (tale esame deve essere stato eseguito entro 15 gg dall'inserimento in struttura)
- Visita cardiologica + ECG (tale esame deve essere eseguito entro 15 gg dall'inserimento in struttura)
- Esami ematochimici (tali esami devono essere eseguiti entro 15 gg dall'inserimento in struttura) tra cui:
 - Azotemia
 - Creatinemia
 - Glicemia
 - Colesterolemia
 - Emocromo + f + pts
 - Sideremia
 - Esame urine completo
 - Elettroliti
 - Sgot e sgpt
 - Uricemia
 - Bilirubinemia
 - Anti HIV (consigliato)
 - HbsAg
 - HcvAb
 - Marker HBV – HCV - HAV
 - Protidogramma
 - Coprocoltura
 - Barbituremia (se assume barbiturici tipo Gardenale) (tale esame deve essere eseguito nei tre mesi precedenti l'ingresso in struttura)
 - Carbamazepinemia (se assume farmaci tipo Tegretol) (tale esame deve essere eseguito nei tre mesi precedenti l'ingresso in struttura)
 - Dosaggio terapia AE in corso

N.B. Gli esami sopra elencati hanno validità fino a sei mesi dalla data della loro esecuzione.

Dopo i sei mesi vanno ripetuti i seguenti esami e visite:

- Esami ematochimici
- Emocromo + formula
- VES
- PCR
- Transaminasi
- Urine completo
- Visita cardiologica + ECG
- Visita psichiatrica + encefalogramma

ALCUNI ESAMI DANNO RIPETUTO DOPO UN ANNO ALTRI OGNI SEI MESI.