



*Da compilare a cura della Fondazione Molina*

<input type="checkbox"/> Lista Molina <input type="checkbox"/> Lista FASAS <input type="checkbox"/> Lista ATS	Tipologia di ricovero: <input type="checkbox"/> RSA (tempo indeterminato) <input type="checkbox"/> ALZHEIMER <input type="checkbox"/> POSTO SOLLIEVO (tempo determinato) <input type="checkbox"/> PSICHIATRICO <input type="checkbox"/> STATI VEGETATIVI/TRACHEOTOMIZZATI <input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO	NR _____  Data _____

Informazioni anagrafiche	Cognome _____ Nome _____ Nato a _____ il _____ Stato civile _____ Residente a _____ Via/piazza _____ n _____ Cap. _____ Cittadinanza _____ Codice fiscale _____ Tessera sanitaria _____
Recapito parenti (specificare: cognome, nome, grado di parentela, indirizzo, telefono, e-mail)	1 _____ 2 _____ 3 _____ _____ _____
Recapito conoscenti e/o enti assistenziali interessati	_____ _____ _____
Situazione familiare	n. figli maschi _____ n. figlie femmine _____
<b>TIPO DI CONVIVENZA</b>	
<input type="checkbox"/> vive da solo	<input type="checkbox"/> con altri (specificare)
<input type="checkbox"/> con familiari (specificare)	<input type="checkbox"/> in struttura residenziale (specificare)
<b>PROVENIENZA OSPITE</b>	
<input type="checkbox"/> domicilio	<input type="checkbox"/> ospedale
<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
<b>SUPPORTO INFORMALE</b>	
<input type="checkbox"/> parenti che si occupano dell'assistenza	
<input type="checkbox"/> parenti che per ragioni oggettive si occupano dell'assistenza parzialmente	
<input type="checkbox"/> parenti non in grado di soddisfare i bisogni assistenziali dell'anziano in presenza di condizioni cliniche severe	
<input type="checkbox"/> parenti che non si occupano dell'assistenza	
<input type="checkbox"/> senza parenti	
<input type="checkbox"/> vicini di casa/ conoscenti	
<input type="checkbox"/> badante: <input type="checkbox"/> fissa <input type="checkbox"/> a ore	



### SITUAZIONE ABITATIVA

casa di proprietà       affitto       altro (specificare)

abitazione idonea       importanti barriere architettoniche

piccole barriere architettoniche       abitazione non idonea

### SERVIZI SOCIO - ASSISTENZIALI UTILIZZATI

nessuno

assistenza domiciliare (  ADI  SAD)

centro diurno

altra struttura

### SITUAZIONE PENSIONISTICA

nessuna pensione

anzianità/vecchiaia (VO)

sociale (PS)

tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc....)

reversibilità (SO)

invalidità (IO)

invalidità civile (percentuale \_\_\_\_\_)       altro (specificare)

Importo mensile \_\_\_\_\_

Indennità di accompagnamento:       Si       No       No, presentata domanda

VALUTAZIONE DELL'AUTOSUFFICIENZA (Barthel, 1975)	dipend. totale	tentavi senza successo	azioni con aiuto moderato	azioni con aiuto minimo	totale autonomia
igiene personale	0	1	3	4	5
fare il bagno	0	1	3	4	5
mangiare	0	2	5	8	10
usare il w.c.	0	2	5	8	10
fare le scale	0	2	5	8	10
vestirsi	0	2	5	8	10
controllo urine	0	2	5	8	10
controllo alvo	0	2	5	8	10
camminare	0	3	8	12	15
*carrozzina (compilare se incapace di camminare)	0	1	3	4	5
trasferimenti letto-sedia	0	3	8	12	15

### CONFUSIONE

E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente

Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo

E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe

E' completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata



**IRRITABILITA'**

Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete

Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare

Qualsiasi contatto è causa di irritabilità

**IRREQUIETEZZA**

Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi, tocca continuamente i vari oggetti

Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano

Irrequieto ed incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo (se in grado: cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi)

Note

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI D. lgs. 196/2003**

Ricevuta l' informativa sulla "Privacy" D. Lgs. 196/2003, si esprime consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili per la gestione della domanda di ammissione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il richiedente o chi ne fa le veci:

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Nel caso in cui il richiedente non sia in grado di firmare, è necessario avviare la pratica per la nomina di un rappresentante legale e consegnarne una copia al servizio sociale della Fondazione Molina.

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B.: Se alla disponibilità del posto, l'interessato o il suo rappresentante dovesse richiedere il rinvio temporaneo dell'inserimento, fatto salvo il rinvio per ricovero ospedaliero, la domanda di accoglienza perderà la posizione acquisita nella lista d'attesa e verrà reinserita con nuova decorrenza.

