

Prot. n. **del** / /

Distretto _____
**UOC Percorsi per Cronicità, Disabilità Adulti e
Non autosufficienza**

RICHIESTA DI VALUTAZIONE

per Ospitalità in strutture per persone non autosufficienti, anche anziane

per il Sig./la Sig.ra _____

GENERALITA' DEL RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ *Nome* _____

Data e Luogo di nascita _____

Cod. Fiscale _____

Residente a _____ *Via/Piazza* _____

Recapito Telefonico _____

email _____

in qualità di _____

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di riconoscimento dell'utente
- Fotocopia del codice fiscale e/o tessera sanitaria dell'utente
- Scheda di attivazione di percorso residenziale (ex scheda Sus)

CHIEDE LA VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE PER

il/la Sig./ra _____

nato/a _____

il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____

attualmente domiciliato/ricoverato c/o _____

Via/Piazza _____

Recapiti Telefonici _____

Medico di Famiglia _____

tel. _____ email _____

Servizi sociosanitari pubblici _____

Sesso Maschio Femmina

Stato giuridico

Soggetto di diritto Amministrazione di Sostegno Sottoposto a tutela

Stato civile

Celibe/Nubile Coniugato/a Vedovo/a Separato/a Divorziato/a Convivente

Titolo di studio

Senza titolo Lic.Elementare Media Inf. Media Sup. Laurea

Professione esercitata in età lavorativa

Dipendente Autonomo Altro _____

Ha a disposizione un alloggio? **SI** **NO**

di proprietà in casa di figli in casa di altri parenti

nuda proprietà usufrutto Casa di riposo o altra struttura comunitaria

in affitto (canone € _____)

Composizione del nucleo dei conviventi

- Solo/a Con familiare: _____
 Altri parenti: _____ Personale retribuito

Nome dei familiari non conviventi tenuti agli alimenti ai sensi dell'art 433 del Codice Civile:

_____ **Tel** _____
_____ **Tel** _____
_____ **Tel** _____
_____ **Tel** _____

Invalidità Civile% SI NO

Indennità di accompagnamento SI NO

Riconoscimento disabilità (L. 104 art 3, c 3) SI NO

Condizione economica (indicare l'importo mensile)

Pensione sociale € _____
Indennità di accompagnamento € _____
Pensione di reversibilità € _____
Reddito da lavoro\altri redditi € _____

Totale mensile € _____

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs. 196/03 s.m.i. e Regolamento UE 2016/679)

Il conferimento dei dati personali e delle informazioni richiesti/e rimane facoltativo e, tuttavia, necessario all'Azienda Sanitaria per il raggiungimento di quanto richiesto; i dati/informazioni, se conferiti, diverranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, quale Titolare del trattamento. Il trattamento verrà effettuato anche con strumenti elettronici, comunque con misure adeguate al fine di garantire la protezione dei dati e la riservatezza dell'interessato. I dati, anche sanitari che diverranno pure oggetto di trattamento, non possono essere diffusi ma potrebbero essere comunicati ad altri se necessario alla finalità e in adempimento di specifici obblighi di legge o di regolamento. L'interessato può esercitare i diritti previsti dalla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali con richiesta rivolta al Titolare che ha sede in Borgo S.Spirito,3 (00193 Roma). Il Responsabile Aziendale della protezione dei dati è contattabile al seguente numero telefonico: 06.33062791-92e94 o per posta elettronica (dpo@aslroma1.it).

Nell'eventualità di mancato o non adeguato riscontro ad una richiesta di esercizio dei diritti privacy, l'interessato può rivolgersi all'Autorità Amministrativa (Garante per la protezione dei dati personali) o all'Autorità Giudiziaria.

Preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali si autorizza alla raccolta e al trattamento dei dati personali conferiti nella misura necessaria al raggiungimento di quanto richiesto.

Firma _____

Il/La Sig./Sig.ra _____ ha presentato richiesta di valutazione

multidisciplinare per l'ospitalità in RSA del Sig./Sig.ra _____

il giorno _____ acquisita da questo Servizio con Prot. n. _____

Operatore _____ Firma _____
(Cognome Nome) (Ruolo professionale)

Roma, _____



**Richiesta di attivazione di percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per
persone non autosufficienti, anche anziane
e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale**

Cognome _____ Nome _____ Sesso F M

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Indirizzo (residenza) _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Comune di Residenza _____ Municipio _____
(solo per Roma)

Persona di riferimento _____
(specificare se familiare o altro) Cognome Nome Recapito Telefonico

Diagnosi e descrizione problema principale

Altre condizioni cliniche:

- diabete cardiopatia insufficienza cardiaca malattie vascolari insufficienza respiratoria epatopatie non alcoliche
- epatopatie alcoliche esiti frattura femore esiti altre patologie ortopediche malattie osteomuscolari neoplasie esiti di ictus
- demenza altre malattie neurologiche disturbi sensoriali paralisi cerebrale infantile malattia psichiatrica disabilità intellettiva
- disturbo generalizzato dello sviluppo altro _____

Terapie in atto:

**CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI** (dati di rilievo)**Stabilità clinica** Stabile Moderatamente instabile Instabile**Stato di coscienza***Orientato* nello spazio nel tempo confuso soporoso stuporoso coma**Disturbi cognitivi** Assenti/lievi Moderati Gravi**Disturbi comportamentali** Assenti/Lievi Moderati Gravi**Dolore**

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 (0=assenza di dolore: 10=massimo dolore immaginabile)

Mobilità Indipendente (anche con carrozzina) Cammina con l'aiuto di una persona Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)**Alimentazione** Si alimenta autonomamente Necessità di assistenza per alimentarsi Rifiuta di alimentarsi**Situazione socio-ambientale****Vive:** Solo Con coniuge Con figli Con genitori Con fratelli Altro _____**Assistito:** Familiari Altre presenze (vicini, badante) _____**Paziente trasportabile:** sì no**Necessità assistenziali** Chemio/Radioterapia Ossigenoterapia (OLT) Ventilazione meccanica assistita Drenaggi Broncoaspirazione/drenaggio posturale
 Dialisi Emotrasfusione periodica PEG NAD SNGCatetere vescicale a permanenza a intermittenza catetere sovrapubico catetere venoso centrale Catetere peridurale Tracheostomia Uretronefrostomia Ileostomia Colostomia Ulcere cutanee Riabilitazione Altro _____Rilevata la necessità di un intervento del servizio sociale sì no**Percorso richiesto:** Residenziale Semiresidenziale Domiciliare**Il compilatore** MMG/PLS Medico Ospedaliero

Cognome _____ Nome _____

Recapito tel. _____ e-mail _____

Per medico ospedaliero anche: Ospedale _____ Unità Operativa _____**Timbro e Firma** _____**Data,** _____