



Cooperativa Sociale
Arcobaleno S.p.A.
via Ferruccio Belli 8
27051 Cava Manara PV

tel. 0382 557311
fax 0382 557329
rsa.arcobaleno@tiscali.it
www.arcobalenoassistenza.it

P.I. 01967560184
Iscrizione all'Albo
Regionale delle Cooperative
Sociali n. 118896

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

OPPURE

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROV. CAP.

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

IN QUALITÀ DI DELLA SIG.RA/ SIG.

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO GLI ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI. NEL CASO IL RICHIEDENTE SIA PERSONA DIVERSA DALL'INTERESSATO/I ALL'AMMISSIONE, LA PRESENTE DOMANDA È DA INTENDERSI EFFETTUATA CON IL CONSENSO DI QUEST'ULTIMO/I.

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA INTERESSATA ALL'AMMISSIONE MINI ALLOGGI PROTETTI ARCOBALENO

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

STATO CIVILE N. FIGLI MASCHI N. FIGLI FEMMINA

CODICE FISCALE

A.S.L. DI APPARTENENZA TESSERA SANITARIA



Cooperativa Sociale
Arcobaleno S.p.A.
via Ferruccio Belli 8
27051 Cava Manara PV

tel. 0382 557311
fax 0382 557329
rsa.arcobaleno@tiscali.it
www.arcobalenoassistenza.it

P.I. 01967560184
Iscrizione all'Albo
Regionale delle Cooperative
Sociali n. 118896

Dati relativi alla richiesta di ammissione

SITUAZIONE ABITATIVA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO | <input type="checkbox"/> VIVE CON ALTRO FAMILIARE/CONVIVENTE |
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO CON BADANTE | <input type="checkbox"/> VIVE CON FAMILIARE/CONVIVENTE E BADANTE |
| <input type="checkbox"/> VIVE CON ALTRE PERSONE NON PARENTI E NON PARTNER | <input type="checkbox"/> INFORMAZIONE NON NOTA |

SITUAZIONE ASSISTENZIALE ALLA DATA DELLA DOMANDA

- A DOMICILIO SENZA ALCUNA ASSISTENZA
- A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE SAD
- A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE ADI/VOUCHER SOCIO SANITARIO
- A DOMICILIO CON FREQUENZA STRUTTURA SOCIALE DIURNA SEMIRESIDENZIALE
- A DOMICILIO CON FREQUENZA STRUTTURA SOCIO SANITARIA DIURNA SEMIRESIDENZIALE
- BENEFICIARIO DI BUONO SOCIO-SANITARIO
- RICOVERATO PRESSO:
- INFORMAZIONE NON NOTA

MOTIVO DELLA DOMANDA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> HA PERSO L'AUTONOMIA PSICOFISICA | <input type="checkbox"/> LA FAMIGLIA NON È IN GRADO DI PROVVEDERE |
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO | <input type="checkbox"/> L'ALLOGGIO NON È IDONEO |
| <input type="checkbox"/> DATO NON RILEVATO | <input type="checkbox"/> ALTRO |

DATI ANAGRAFICI DEL GARANTE (FAMILIARE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO)

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

CODICE FISCALE



Cooperativa Sociale
Arcobaleno S.p.A.
via Ferruccio Belli 8
27051 Cava Manara PV

tel. 0382 557311
fax 0382 557329
rsa.arcobaleno@tiscali.it
www.arcobalenoassistenza.it

P.I. 01967560184
Iscrizione all'Albo
Regionale delle Cooperative
Sociali n. 118896

ALTRI REFERENTI DELLA PERSONA DA CONTATTARE

1) Grado di parentela:

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

CODICE FISCALE

2) Grado di parentela:

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

CODICE FISCALE

3) Grado di parentela:

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

CODICE FISCALE



Cooperativa Sociale
Arcobaleno S.p.A.
via Ferruccio Belli 8
27051 Cava Manara PV

tel. 0382 557311
fax 0382 557329
rsa.arcobaleno@tiscali.it
www.arcobalenoassistenza.it

P.I. 01967560184
Iscrizione all'Albo
Regionale delle Cooperative
Sociali n. 118896

Dati relativi alle risorse economiche dell'interessato all'ammissione

- Intestatario di indennità di accompagnamento: NO SI
- Situazione Pensionistica : nessuna pensione anzianità/vecchiaia sociale
 speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc) reversibilità
 invalidità

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto

- Tipologia: - a tempo determinato (sollevio) per n. mesi
- a tempo indeterminato
- Necessità di ingresso urgente breve termine lungo termine

Elenco dei documenti da produrre al momento della presentazione della domanda di ingresso:

1. fotocopia della carta di identità;
2. fotocopia tessera sanitaria/carta regionale dei servizi;
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità;
4. fotocopia tesserino esenzione ticket;
5. scheda assistenziale e scheda sanitaria allegate.

Controllare la validità dei documenti

Data.....

Firma del sottoscrittore

Per ricevuta ed accettazione:

Firma referente M.A.P



Cooperativa Sociale
Arcobaleno S.p.A.
via Ferruccio Belli 8
27051 Cava Manara PV

tel. 0382 557311
fax 0382 557329
rsa.arcobaleno@tiscali.it
www.arcobalenoassistenza.it

P.I. 01967560184
Iscrizione all'Albo
Regionale delle Cooperative
Sociali n. 118896

INFORMATIVA ALL'OSPITE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI - D.Lgs. 196/03

Gentile Signore/a,

La Legge n.196/2003 garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale.

Da parte di questo Ente le assicuriamo che tale trattamento sarà improntato alla liceità e nella piena correttezza, dei diritti ed in particolare della riservatezza degli utenti.

La stessa Legge sopraindicata individua una particolare categoria di dati, definiti "dati sensibili", consistenti nei dati personali idonea a rilevare l'origine razziale ed etica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni ed organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché nei dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale; tali dati possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso dell'interessato e previa autorizzazione del Garante.

Ai sensi dell'Articolo 13 della Legge predetta, le forniamo quindi le seguenti informazioni:

- 1) Il trattamento che intendiamo effettuare:
 - a) riguarda la seguente categoria di dati "sensibili": dati personali idonei a rilevare lo stato di salute;
 - b) ha le seguenti finalità: fornire all'utenza le migliori prestazioni socio sanitarie assistenziali/educative possibili;
 - c) riguarda qualunque operazione e complesso di operazioni, svolti con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distribuzione dei dati.
 - d) potrà comportare la comunicazione dei dati ad altri soggetti, solo se da parte Sua verrà rilasciato il previsto consenso;
- 2) Il conferimento dei dati ed il rilascio del consenso da sottoscrivere in calce alla presente sono facoltativi. Si evidenzia, peraltro, che il loro mancato conferimento, così come la mancata sottoscrizione della formula di consenso, potrebbero impedire la corretta valutazione della domanda di ammissione e precludere la possibilità di essere inseriti presso la Residenza Sanitaria Assistenziale;
- 3) In relazione al trattamento, lei potrà esercitare, presso le competenti sedi, i diritti dell'Art.7 della Legge 196/03;
- 4) Il Titolare del trattamento dei dati è l'Ente Gestore – Cooperativa Sociale Arcobaleno s.p.a. con sede legale in Cava Manara – PV in via F. Belli 8 – Rappresentante Legale: Cav. Napolitano Carmine;
- 5) Il Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore dell'Ente: Rendina Domenico, domiciliato a tale riguardo presso la sede dell'Ente.

Il presidente
Cav. Carmine Napolitano



Cooperativa Sociale
Arcobaleno S.p.A.
via Ferruccio Belli 8
27051 Cava Manara PV

tel. 0382 557311
fax 0382 557329
rsa.arcobaleno@tiscali.it
www.arcobalenoassistenza.it

P.I. 01967560184
Iscrizione all'Albo
Regionale delle Cooperative
Sociali n. 118896

DIRITTI DELL'INTERESSATO Art. 7 D.Lgs. 196/2003
(Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

FORMULA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

IL SOTTOSCRITTO COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ PROV. _____ il ____/____/____ RESIDENTE A _____

PROV. _____ CAP _____ VIA _____ N° _____ IN QUALITA' DI _____

Acquisite le informazioni contenute nell'informativa prevista dal D.Lgs 196/2003 e preso atto dei diritti dell'interessato, acconsente al trattamento dei dati personali del/lla sig./ra _____

e dichiaro di riconoscere che i medesimi rientrano nel novero dei dati sensibili.

Cava Manara, li ____/____/____

FIRMA LEGGIBILE

RELAZIONE ASSISTENZIALE

(Da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Cognome e Nome assistito

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- E' indipendente

DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- Cammina senza aiuto

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri

IGIENE PERSONALE

- Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- E' capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc.. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Totale indipendenza nel mangiare

CONFUSIONE

- E' completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- E' in grado di pensare chiaramente

IRRITABILITA'

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo

IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi;
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione;
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza;
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

ALTRE SEGNALAZIONI

❖ **Incontinenza:**

- Assente
- Solo urinaria
- Solo fecale
- Doppia

❖ **Gestione incontinenza:**

- Presidi assorbenti
- Ano artificiale
- Catetere

❖ **Ausili per il movimento:**

- Bastone/deambulatore
- Carrozzina
- Nessuno

Il compilatore:

Cognome Nome

In qualità di

Data

Firma



Cooperativa Sociale
Arcobaleno S.p.A.
 via Ferruccio Belli 8
 27051 Cava Manara PV

tel. 0382 557311
 fax 0382 557329
 rsa.arcobaleno@tiscali.it
 www.arcobalenoassistenza.it

P.I. 01967560184
 Iscrizione all'Albo
 Regionale delle Cooperative
 Sociali n. 118896

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito M F

Data di nascita Data compilazione

LEGENDA

A: assente; **L:** lieve – trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M:** moderata – trattamento necessario; prognosi buona; **G:** grave, è invalidante – trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG:** molto grave – trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA	Gravità				
------	---------	--	--	--	--

(barrare la casella che interessa come da legenda)

solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE	A	L	M	G	MG
---------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....

IPERTENSIONE (si valuta la severità)	A	L	M	G	MG
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	M	G	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....

APPARATO RESPIRATORIO	A	L	M	G	MG
-----------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola , laringe)	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....



ARCOBALENO
assistenza alla persona

Cooperativa Sociale
Arcobaleno S.p.A.
via Ferruccio Belli 8
27051 Cava Manara PV

tel. 0382 557311
fax 0382 557329
rsa.arcobaleno@tiscali.it
www.arcobalenoassistenza.it

P.I. 01967560184
Iscrizione all'Albo
Regionale delle Cooperative
Sociali n. 118896

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie, segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	A	L	M	G	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....
.....

FEGATO	A	L	M	G	MG
--------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....
.....

RENE	A	L	M	G	MG
------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....
.....

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)	A	L	M	G	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....
.....

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito)	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....
.....

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....
.....

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....
.....

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	A	L	M	G	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....
.....

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare:
Lesione da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria	NO	SI	Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone e/o deambulatore: Carrozzina:
Protesi	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio	NO	SI	Note:
Vagabondaggio	NO	SI	Note:
Agitazione psico-motoria	NO	SI	Note:
Inversione ritmo sonno-sveglia	NO	SI	Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci	NO	SI	Specifica:



Cooperativa Sociale
Arcobaleno S.p.A.
via Ferruccio Belli 8
27051 Cava Manara PV

tel. 0382 557311
fax 0382 557329
rsa.arcobaleno@tiscali.it
www.arcobalenoassistenza.it

P.I. 01967560184
Iscrizione all'Albo
Regionale delle Cooperative
Sociali n. 118896

TERAPIA IN ATTO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici,...). Elencare documentazione prodotta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Recapito telefonico del Medico

Timbro e Firma del Medico

.....