



---

# AMMISSIONE (da compilarsi a cura del medico del Centro)

- IDONEO
- NON IDONEO

Se IDONEO: si prescrive un inserimento terapeutico in regime

- Residenziale
- Semiresidenziale
- Non residenziale

- Estensiva
- Mantenimento

- individuale
- di gruppo

- Alto
- Medio
- Lieve

Data \_\_\_\_\_

Il Medico Specialista

---

---

## Dati anagrafici e anamnesi socio-sanitaria

### Informazioni anagrafiche utente/ospite

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_ Comune  
Provincia \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Distretto  
\_\_\_\_\_ 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. \_\_\_\_\_

6. Indirizzo della famiglia \_\_\_\_\_

7. Recapito altri familiari e persone di riferimento

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### 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)

\_\_\_\_\_

---

---

## **Anamnesi sociale**

Informazioni significative sul contesto socio - familiare

---

---

---

---

---

---

---

---

Scolarizzazione:

non concluso obbligo

concluso obbligo (anno:            )

formazione professionale

scuola superiore

non nota

Attività post – scuola:

nessuna

CSE/CDD

SFA

tirocinio lavoro

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:

Invalidità civile    Indennità di accompagnamento

Sociale    Anzianità    Reversibilità    Infortunio sul

lavoro Altro            (specificare)

---

### **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)

---

---

Tipo di inserimento richiesto

Servizio residenziale

A tempo indeterminato

A tempo determinato periodo dal \_\_\_\_\_ al Servizio diurno

a tempo pieno (35 ore settimanali)

a tempo parziale (a partire da 18 ore settimanali) n. ore \_\_\_\_\_

Motivo della richiesta di inserimento e obiettivi del progetto

---

---

---

Compilato da operatore familiare

---

data \_\_\_\_\_

INFORMATIVA per la TUTELA dei DATI PERSONALI e SENSIBILI

Si informa che tutti i dati raccolti (compresi quelli contenuti negli Allegati 1 e 2) saranno utilizzati dalla Cooperativa Sociale San Francesco Onlus, titolare del trattamento, al fine di valutare l'inserimento in lista di attesa e/o nel proprio Centro di Riabilitazione della persona per cui è presentata tale richiesta, ai conseguenti adempimenti normativi, nonché per consentire una efficace gestione dei rapporti amministrativi da ciò derivanti. Tratteremo questi dati, anche con modalità informatiche, sempre nel rispetto del segreto professionale; non saranno comunicati a terzi senza vostra indicazione, tranne quando ciò sia necessario o previsto dalla legge. In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo, chiamando il Responsabile del trattamento al N. telefonico 06.65742197.

Data \_\_\_\_\_ Firma del familiare \_\_\_\_\_

## Profilo clinico funzionale

### Diagnosi attuale

Terapia farmacologica attuale:

| nome del farmaco | posologia |
|------------------|-----------|
| _____            | _____     |
| _____            | _____     |
| _____            | _____     |
| _____            | _____     |
| _____            | _____     |

Allergia a farmaci : NO  SI  quali.....

Problematiche psicopatologiche ed aspetti comportamentali

Depressione SI  NO ; Eccitazione SI  NO ; Aggressività SI  NO ; Allucinazioni SI  NO

Valutazione del carico assistenziale (bisogni individuali)

Classificazione del ritardo mentale secondo il DSM-IV-R

Grado di collaborazione: buono  scarso  assente

Disturbi del linguaggio NO  SI  quali .....

Controllo alvo SI  NO ; Controllo minzione SI  NO ;

Capacità di alimentarsi autonomamente SI  NO

Abilità nell'igiene personale: buona  scarsa  assente

; Deambulazione autonoma SI  NO

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

(specificare tipo e modalità d'uso) \_\_\_\_\_ NB:

allegare eventuale copia della prescrizione del medico fisiatra.

### **Anamnesi familiare**

Madre: età ..... Padre: età ..... Consanguineità dei genitori SI  NO

Fratelli: n. .... età .....; Sorelle: n. .... età.....;

Eventuali patologie dei genitori, germani e altri familiari (specificare quale patologia e chi ne è affetto)

- Psichiatriche .....
- Dello sviluppo (anomalie cromosomiche o ritardi mentali NAS).....
- Cardiovascolari.....
- Endocrino-metaboliche.....
- Neoplastiche.....
- .....

---

## **Anamnesi fisiologica**

Nascita a termine: SI  NO ;

Parto eutocico: SI  NO ;

Patologia pre-peri-post natale: NO  SI  se sì quale.....

Alcolismo SI  NO ; Tabagismo SI  NO ;

Ritmo S/V regolare SI  NO  se no specificare.....

Allergie/intolleranze SI  NO  se si specificare.....

Segue un piano alimentare specifico SI  NO  se si specificare.....

Ha delle preferenze alimentari SI  NO  se si specificare.....  
.....  
.....

## **Anamnesi patologica remota**

Interventi chirurgici subiti NO  SI

quali.....

..... Patologie neoplastiche NO  SI

quali.....

metastasi NO  SI  sede.....

Ipertensione NO  SI

se si specificare da quanto tempo e i valori abituali di PA ..... e FC.....

Altre patologie dell'apparato cardio-circolatorio NO  SI

quali.....

..... Patologie dell'apparato respiratorio NO  SI

quali.....

..... Patologie dell'apparato respiratorio NO  SI

quali.....

..... Patologie malformative congenite NO  SI

quali.....

..... Patologie apparato osteomuscolare NO  SI

quali.....

..... Patologie SNC e SNP NO  SI

quali.....

..... Altre note

---

---

---

N.B. allegare fotocopia della documentazione clinica

data \_\_\_\_\_ Firma e timbro del Medico compilatore \_\_\_\_\_

## ELENCO DOCUMENTAZIONE PER L'INSERIMENTO IN STRUTTURA

### Documenti personali dell'assistito:

- carta d'identità in originale
- codice fiscale
- tessera S.S.N. in originale
- tessera di esenzione ticket (in originale)
- certificato di invalidità in originale (per presa visione, viene poi riconsegnato)
- certificato di invalidità in copia autenticata
- 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
- libretto del lavoro (solo se iscritto al collocamento)
- breve riassunto del curriculum scolastico e dell'inserimento in altre strutture riabilitative

### Documentazione clinica:

- eventuali fotocopie di cartelle cliniche, referti specialistici e relazioni cliniche, riguardanti lo stato di salute generale dell'ospite
- esami ed analisi importanti o recenti
- piano terapeutico dei farmaci assunti
- nome, indirizzo professionale e numero di telefono del medico di base e della struttura pubblica che ha in trattamento l'assistito.
- certificato del medico curante attestante l'assenza di malattie infettive e contagiose, le avvenute vaccinazioni d'obbligo (o altre eventuali) nonché l'eventuale presenza di INTOLLERANZE o ALLERGIE farmacologiche e non.