

Richiesta di inserimento

(da compilarsi a cura del familiare/tutore o del servizio inviante)

Data _____

Alla Direzione Sanitaria
Centro di Riabilitazione Psicomotoria
Padre Pio
Cooperativa San Francesco arl onlus
Via del Casaleto, 400
00151 ROMA
Il/la sottoscritto/a

cognome _____ nome _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

Comune

indirizzo

tel. _____

nella sua qualità di (grado di parentela) _____

CHIEDE

l'inserimento presso il Centro di Riabilitazione Psicomotoria Padre Pio in regime diurno residenziale

per _____
(cognome) (nome)

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

AMMISSIONE (da compilarsi a cura del medico del Centro)

- ☐ IDONEO
☐ NON IDONEO

- ☐ LISTA TIPO A
☐ LISTA TIPO B

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. _____

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. _____

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:

Invalità 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:

<i>nome del farmaco</i>	<i>posologia</i>

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.....

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_____

All. 3

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.