

A.P.S.P. ISTITUTO "GAUDENZIO DE PAGAVE"

Via Lazzarino, 10 – 28100 NOVARA (NO)

Tel. 0321/380911

Fax .0321/380919

e-mail info@depagave

Il/La sottoscritto/a _____ ,

Nato/a _____ (_____) il _____ ,

residente in _____ (_____) alla via _____ ,

Tel. _____ quartiere _____

Email _____

OPPURE

Il/La sottoscritto/a _____ ,

residente in _____ (_____) alla via _____ ,

Tel. _____

in qualità di _____

per conto di _____

Nato/a _____ (_____) il _____ ,

residente in _____ (_____) alla via _____ ,

Tel. _____ quartiere _____

Email _____

CHIEDE

IL RICOVERO PRESSO "L'ISTITUTO GAUDENZIO DE PAGAVE – LA CITTADELLA DELL'ANZIANO"
con pagamento della retta determinata dal Consiglio d'Amministrazione "dell'Istituto G. De Pagave – La Cittadella dell'Anziano

A TAL FINE DICHIARA

• **di ricevere una pensione:**

- propria di €.....mensili
- reversibilità di €.....mensili
- sociale di €.....mensili
- invalidità di €.....mensili
- accompagnamento di €.....mensili

• **di avere in uso i seguenti ausili:.....:**

- di proprietà forniti dall'Asl;

• **di avere / non avere attivato la fornitura di presidi per l'incontinenza:**

A.P.S.P. ISTITUTO "GAUDENZIO DE PAGAVE"

Via Lazzarino, 10 – 28100 NOVARA (NO)

Tel. 0321/380911

Fax .0321/380919

e-mail info@depagave

- **di avere / non avere** in corso pratica per riconoscimento invalidità civile:

- **di richiedere / non richiedere la residenza presso la Struttura;**

- **che il Medico curante è il Dott.....;**

- **di essere titolare delle seguenti esenzioni ticket.....;**

Per eventuali comunicazioni sarà necessario rivolgersi a:

- 1) **Nominativo** _____ **Tel.** _____
Indirizzo _____ **email** _____
- 2) **Nominativo** _____ **Tel.** _____
Indirizzo _____ **email** _____

Il sottoscritto dichiara:

- di essere responsabile della veridicità dei dati riportati nella domanda
- di essere consapevole che i dati nella presente istanza verranno utilizzati dall'Istituto Gaudenzio De Pagave esclusivamente ai fini del "ricovero presso l'istituto stesso come da informativa ai sensi dell'art. 13 regolamento (UE) 2016/679 e prestando il relativo consenso.

Alla presente si allega scheda sanitaria

Firma del richiedente _____

DOMANDA RICEVUTA IL _____

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

- grave deficit visivo (anche con correzione)
- grave deficit uditivo (anche con correzione)

Note: _____

DEAMBULAZIONE:

- normale
- cammina con aiuto o assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Note: _____

INCONTINENZA sì no

- Urinaria saltuaria permanente catetere vescicale
- Fecale saltuaria permanente

Note: _____

ALIMENTAZIONE

- autonoma deve essere imboccato presenta disfagia
- Presenza di magrezza patologica sì no
- Presenza di obesità patologica sì no

Note: _____

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di

Instabilità motoria sì no

Deficit equilibrio sì no

Tendenza alle cadute sì no

Note: _____

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

- Disturbi importanti della memoria sì no
- Orientamento temporo/spaziale normale patologico

se patologico

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Episodi di disorientamento t/s | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disorientamento costante | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della parola | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della comunicazione | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note: _____

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Aggressività verbale | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Pone domande ripetitivamente | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Allucinazioni/deliri | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Attività motoria afinalistica (wandering, fughe) | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Aggressività fisica | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Rifiuto dell'assistenza | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento alimentare gravemente alterato | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note: _____

Utilizzo di psicofarmaci (specificare)

TONO DELL'UMORE normale depresso euforico

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| sta assumendo terapie antidepressive | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note

ALLERGIE

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Dialisi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Drenaggi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altro (specificare):

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____/____/____

Timbro e firma leggibile

MMG/Medico Curante
