

**A.P.S.P. ISTITUTO GAUDENZIO DE PAGAVE**  
**La Cittadella dell'Anziano**  
**NOVARA**

**DOMANDA DI AMMISSIONE IN POSTO PER SOGGETTI NON CONVENZIONATI ASL**

Il Signor/Signora.....  
in qualità di.....  
residente ..... Via .....  
tel.....email:.....

**CHIEDE**

l'ammissione in Istituto del Sig./Sig.ra .....  
nato/a ..... il .....  
stato civile .....  
residente ..... Via .....

quale Ospite non convenzionato ASL, impegnandosi a corrispondere la retta giornaliera prevista:

- di € 60,00 per Ospiti R.A. bassa intensità
- di € 76,00 per Ospiti parzialmente autosufficienti
- di € 79,00 per Ospiti non autosufficienti
- di € 82,00 per Ospiti gravemente non autosufficienti

**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:
- **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

Si impegna altresì a produrre – prima dell'ingresso – la documentazione medica richiesta dalla  
 Direzione Sanitaria dell'Ente.

Novara, .....

.....

## SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Luogo</b>	<b>Data di nascita</b>
<input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE È A DOMICILIO	
<input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____	
<input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA (OSPEDALE, CASA DI CURA, CAVS, ...)	
SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____	
<input type="checkbox"/> la scheda informativa è stata compilata <u>con</u> il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria	
<input type="checkbox"/> la scheda informativa è stata compilata <u>senza</u> il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria	
<b>Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:</b>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<b>Terapia in atto:</b>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	

## 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

\_\_\_\_\_