



FONDAZIONE CESARE GREGORINI ETS  
Residenza per anziani  
Via Matteotti 7 – 60030 SAN MARCELLO (AN)  
Tel. 0731257415 - 0731267048  
Email: [amministrazione@fondazionecesaregregorini.it](mailto:amministrazione@fondazionecesaregregorini.it)  
[presidenza@fondazionecesaregregorini.it](mailto:presidenza@fondazionecesaregregorini.it)

**AL PRESIDENTE**  
**Residenza per Anziani**  
**Fondazione Cesare Gregorini Ets**  
**Via Matteotti, 7**  
**60030 SAN MARCELLO (AN)**

## DOMANDA DI INGRESSO

### GENERALITÀ DELL'OSPITE:

Il / La Sig. / a: ..... nato/a il .....

a ..... Sesso:  M  F Residente a .....

Via ..... Cittadinanza ..... figli n°.....

Stato Civile:  celibe / nubile  coniugato / a  divorziato / a  vedovo / a

Invalidità civile: .....% Certificato di accompagnamento:  SI  NO in attesa

Cod. Fisc. / Tess. San. ....

Ticket Esenzione: n° .....  SI  NO Tel. ....

Asur di residenza: ..... Distretto: .....

Paternità: ..... Maternità: .....

### GARANTE/I -TUTORE -CURATORE -AMMINISTRATORE SOSTEGNO E/O TERZO/I COOBBIGATI SI IMPEGNA/NO AL PAGAMENTO DELLA RETTA:

Il / La sig. / a: ..... C.F.: .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... via: .....

Il / La sig. / a: ..... C.F.: .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... via: .....

Il / La sig. / a: ..... C.F.: .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... via: .....

**DICHIARO / DICHIARA / DICHIARANO di agire come: (1)- RAPPORTO DI PARENTELA) .....**

**(1) - Coniuge – Figlio /Figlia – Fratello /Sorella – Nipote Diretto / Indiretto – Genero /Nuora – Fiduciario - Amministratore di Sostegno -Tutore**

**dal Comune di .....**

**CHIEDENDO/NE l'ingresso nella **Residenza per Anziani** del :**

sig./a: ..... **in camera:** SINGOLA  DOPPIA;

**impegnandosi a comunicare l'eventuale rinuncia del posto qualora non fosse più interessata;**

**IN BASE ALLA DOMANDA PRESENTATA PER L'OSPITE:**

Sig. / Sig.a ..... C.F.: .....

**DICHIARA / DICHIARANO / AUTORIZZA / AUTORIZZANO**

**CHE LA SITUAZIONE ECONOMICA DELL'OSPITE RISULTA ESSERE LA SEGUENTE:**

ENTE CHE EROGA LA PENSIONE	CATEGORIA	N°	IMPORTO MENSILE €
INPS / INPDAP <input type="checkbox"/>			
INDENNITA' DI ACCOMPAGNO <input type="checkbox"/>			
REVERSIBILITA' <input type="checkbox"/>			
ALTRO <input type="checkbox"/>			

- Di aver preso atto dell'importo della retta giornaliera di degenza e di accettare incondizionatamente tutte le norme previste nel "Regolamento interno degli Ospiti", rilasciato al momento della richiesta di presentazione della suddetta per l'ingresso

**IMPEGNANDOSI PER SE E PER GLI EREDI:**

- ❖ al pagamento **ANTICIPATO** della retta giornaliera di ospitalità tramite RID o Bonifico Bancario presso l'Istituto di Credito della Fondazione **ENTRO IL GIORNO 8 (OTTO) DEL MESE INTERESSATO** rispettandone le scadenze stabilite, per tutto il periodo di degenza della persona richiedente o per la quale si chiede l'ammissione, garantendo l'obbligazione con i propri beni mobili ed immobili, con i propri redditi e rendite di qualsiasi natura, prendendo atto che la tariffa giornaliera è stabilita al momento dell'ingresso in relazione al grado di autosufficienza, e potrà essere soggetta sia a variazioni dovute all'eventuale modifica delle condizioni psico-fisiche dell'Ospite, che ad eventuali altri aggiornamenti di volta in volta stabiliti dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione
- ❖ al pagamento delle eventuali spese sostenute da parte della Residenza per Anziani per farmaci e parafarmaci necessari all'Ospite medesimo da pagarsi direttamente in farmacia
- ❖ a provvedere per le dimissioni tempestive ed insindacabili dell'Ospite su richiesta motivata dell'Amministrazione dell'Ente
- ❖ a stipulare il Contratto di Ospitalità prima del giorno di ingresso dell'Ospite nella Residenza per Anziani

**Nel caso di mancato pagamento anche di una sola mensilità:**

L'Ospite Sig./ra .....

il Garante .....

il Garante .....

il Garante.....danno disponibilità, autorizzando la Fondazione

Cesare Gregorini Ets, a farsi accreditare direttamente la pensione erogata dall'INPS di ..... Cat. .... n° .....

**TRA I NOMINATIVI SOPRA RIPORTATI, INDICANO, COME SOLO ED UNICO REFERENTE AUTORIZZATO A INTRATTENERE RAPPORTI CON LA STRUTTURA**

**(Infermiera, Responsabile OSS, Segreteria, Amministrazione, ecc..)**

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	❖

**NOMINATIVI DEI FAMILIARI E/O CONOSCENTI AI QUALI L'ENTE POTRÀ RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITÀ CON LE SEGUENTI PRIORITÀ INDICATE:**

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	❖

❖ **RAPPORTO DI PARENTELA:** Coniuge – Figlio – Figlia – Fratello – Sorella – Nipote Diretto / Indiretto – Genero – Nuora – Fiduciario – Amministratore di Sostegno – Tutore

**CONOSCENZA DEI RISCHI CHE POSSONO ACCADERE ALL'INTERNO DELLA RESIDENZA PER ANZIANI**

I referenti sono informati dei rischi generici che possono accadere all'interno della struttura ed in particolare, esonerando la Fondazione, delle seguenti situazioni:

- Nell'eventualità in cui il **cancello d'ingresso** rimanga inavvertitamente lasciato aperto e un'Ospite non autorizzato si allontani arbitrariamente dalla struttura, la Fondazione non risponde di eventuali conseguenze
- La Fondazione per tutelare la sicurezza degli Ospiti, è dotata di sistemi sorvegliati, e l'apertura degli ingressi è comandata dal personale in servizio automaticamente o tramite chiave
- Gli Ospiti sono soggetti agli stessi rischi ed agli stessi tipi di infortuni che possono capitare in casa
- Si garantisce giornalmente un'assistenza agli Ospiti nei posti non convenzionati uguale a quelli convenzionati
- La Residenza per Anziani al fine di dare maggiore svago all'Ospite durante la permanenza in struttura potrebbe organizzare durante l'anno delle uscite

**CONSAPEVOLI DI TUTTO CIÒ, DANNO IL LORO ASSENSO:**       SI       NO

**AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEGLI AUSILI VARI PER LA MOBILITÀ ED EVENTUALI MEZZI DI CONTENZIONE**

**PREMESSO CHE:**

- uno dei principi prioritari degli **OPERATORI** è di proteggere l'Anziano non Autosufficiente, senza limitarne la libertà, nel rispetto delle leggi e dei Codici Deontologici
- Gli **OPERATORI** devono agire tra il diritto soggettivo ed inalienabile alla libertà individuale ed il dovere di tutelare la persona di fronte ad un possibile rischio, mediante **L'USO DEGLI AUSILI PER LA MOBILITÀ E LA CONTENZIONE**, che deve essere considerato come un **"Trattamento Terapeutico-Assistenziale"**, utilizzato per uno stato di necessità della persona, non per l'organizzazione del lavoro

Nell'uso di tale mezzo deve essere rispettato il principio che è del **M.M.G. (MEDICO di MEDICINA GENERALE)** e dell'**INFERMIERE** la responsabilità di valutare la situazione di un possibile rischio.

Pertanto sarà il **M.M.G. (MEDICO di MEDICINA GENERALE)** dell'Ospite, a proporre un'azione di contenzione proporzionata al rischio, monitorata e verificata periodicamente.

- Si chiede il consenso dell'interessato e dei loro familiari, non per **"COPERTURA LEGALE"** ma per adesione ad una pratica assistenziale.

Informati dei rischi che potrebbero succedere, se non fossero utilizzati gli ausili per la mobilità e gli eventuali mezzi di contenzione ritenuti necessari;

**AUTORIZZANO:**    SI     NO     il personale **Infermieristico e Assistenziale** all'uso degli ausili per la mobilità e di eventuali mezzi di contenzione prescritti dal **M.M.G.** su apposita scheda, firmata sia dal **M.M.G. (Medico Medicina Generale)** dell'Ospite che dai referenti come dichiarato nella **"DOMANDA DI INGRESSO"**

**DICHIARA/DICHIARANO**, che tutti i dati contenuti nella presente Domanda di Ingresso della Residenza per Anziani Cesare Gregorini Ets sono completi e veritieri (art. 46 del DPR 445/2000), **DICHIARANDO** di essere consapevole/i del fatto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal D.P.R. 445/2000, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 445/2000).

San Marcello .....

Firma dell'Ospite .....

Firma ..... (1) .....

Firma ..... (1) .....

Firma ..... (1) .....

**GRADO DI PARENTELA (1)**

*Figlio/Figlia – Coniuge – Fratello - Sorella - Nipote diretto/indiretto – Genero – Nuora - Fiduciario - Amministratore di Sostegno - Tutore*

**N.B.: ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO E CODICE FISCALE DELLE PERSONE RIPORTATE NELLA DOMANDA**

## **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

### ***Gentile Utente,***

secondo la normativa indicata, il trattamento dei suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Pertanto, in attuazione del Regolamento UE 2016/679, è gradito fornirle le seguenti informazioni:

#### **TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

**FONDAZIONE CESARE GREGORINI ETS**

**Residenza per Anziani**

**Via Matteotti 7, 60030 San Marcello (AN)**

**TEL. 0731 267048 - 0731 257415**

**Email: [amministrazione@fondazionecesaregregorini.it](mailto:amministrazione@fondazionecesaregregorini.it)**

**Pec: [fondazionecesaregregorini@pec.it](mailto:fondazionecesaregregorini@pec.it)**

**nella persona del suo Legale Rappresentante protempore**

#### **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)**

**AVV. VERONICA PUNZO**

**TEL. 0731.200604**

**EMAIL [avv.punzoveronica@gmail.com](mailto:avv.punzoveronica@gmail.com)**

**PEC [avvveronicapunzo@puntopec.it](mailto:avvveronicapunzo@puntopec.it)**

#### **INFORMAZIONI SUI DATI RACCOLTI**

***TRATTAMENTO DATI PERSONALI ANAGRAFICI, IDENTIFICATIVI, DI CONTATTO, FISCALI, BANCARI NONCHE' PARTICOLARI (ART. 9 GDPR) E GIUDIZIARI (ART. 10 GDPR)***

#### **FINALITÀ TRATTAMENTO**

I Dati forniti dall'interessato e/o dal familiare di riferimento, del Tutore, dell'Amministratore di sostegno, verranno utilizzati avendo come fine istituzionale l'erogazione dei servizi di assistenza, cura e riabilitazione per gli ospiti della Struttura.

In particolare i dati conferiti verranno trattati per:

- A) La presa in carico della richiesta di ingresso in Struttura presentata ed altresì per l'eventuale successivo rapporto contrattuale stipulato;
- B) Finalità amministrativo-contabili legate alla gestione della richiesta presentata;
- C) Adempimento degli obblighi di legge connessi al rapporto precontrattuale e contrattuale;
- D) Collaborazioni professionali esterne per l'adempimento degli obblighi di legge;
- E) Analisi statistiche anonime.

#### **LICEITÀ TRATTAMENTO**

Finalità A, B ed E:

Senza il consenso espresso, quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art. 6 lett. b del GDPR).

Finalità C e D:

Senza il consenso espresso, quando il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento (art. 6 lett. c del GDPR).

Il trattamento dei Suoi dati particolari di cui all'art. 9 del GDPR che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati biometrici intesi ad identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute, alla vita sessuale e/o all'orientamento sessuale, sarà effettuato per la corretta gestione della domanda di ingresso in Struttura, previo rilascio del suo consenso espresso (art. 9, par. 2 lett. a del Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

#### **BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO**

Finalità C e D:

Codice Civile Libro V; Legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"; D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421, art. 8"; DPCM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"; Legge 241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"; Legge 104/1992 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"; Regolamento Europeo 679/2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D. lgs 196/2003 e s.m.i.; D. Lgs. 101/2018 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE".

### CATEGORIE DESTINATARI DEI DATI

Personale dell'Ente espressamente autorizzato al trattamento dei dati; Assistenti sociali; Enti previdenziali ed assistenziali; Società che gestiscono reti informatiche e telematiche e elaboratori di dati; Società di servizi postali; Comune per esigenze di assistenza sociale ed integrazione rispetto alle prestazioni socio-sanitarie; Regione per finalità di controllo della spesa sanitaria e dell'attività di erogazione delle prestazioni; Enti pubblici collegati all'Ente e/o al servizio cui la domanda di inserimento inerisce.

### TRASFERIMENTO DEI DATI AD UN PAESE TERZO:NO

### PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati conferiti in sede di "domanda di ingresso", saranno conservati fino al perfezionamento della stessa e successivamente inseriti all'interno della cartella dell'ospite. Nel caso di mancato inserimento, i dati verranno conservati per un tempo non superiore ad anni cinque dal loro conferimento.

### OBBLIGATORIETÀ FORNITURA DEI DATI, MOTIVAZIONE E CONSEGUENZE MANCATA COMUNICAZIONE

Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'adempimento delle misure precontrattuali richieste. In mancanza di comunicazione non sarà possibile procedere all'erogazione del servizio.

### FONTI DI ORIGINE DEI DATI

Raccolti presso l'interessato, il familiare di riferimento, il Tutore, l'Amministratore di Sostegno, forniti da Enti connessi alla gestione del servizio di ospitalità.

### ESISTENZA DI PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI

Nessun processo decisionale automatizzato è stato implementato presso l'Ente.

### **Modalità del trattamento**

I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere gli addetti, espressamente designati dall'Ente come autorizzati o delegati del trattamento dei dati personali, che potranno effettuare operazioni di consultazione, utilizzo ed elaborazione, sempre nel rispetto delle disposizioni di legge atte a garantire, tra l'altro, la riservatezza e la sicurezza dei dati, nonché l'esattezza, la conservazione e la pertinenza rispetto alle finalità dichiarate.

### **Diritti degli Interessati**

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti di:

- revoca del consenso. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);

ed altresì

- accesso ai dati personali (art. 15 Regolamento UE 2016/679 – GDPR), ottenere la rettifica o la cancellazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano (art. 16, 17 e 18 Regolamento UE 2016/679 – GDPR);
- proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)) (art. 15, par. 1, lett. f Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

L'esercizio dei suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta mediante email al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, dichiaro di aver **ricevuto, letto e compreso** l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

San Marcello, \_\_\_\_\_ Firma dell'Interessato \_\_\_\_\_

*OPPURE*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) in qualità di \_\_\_\_\_ (Amministratore di Sostegno / Tutore / Familiare di riferimento) dell'Ospite \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_), dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

San Marcello, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PARTICOLARI DI CUI ALL'ART. 9 DEL GDPR

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_), presa visione dell'informativa allegata al presente documento, esprime la propria volontà in merito al **trattamento dei propri dati particolari**, così come esplicitato in informativa, per la corretta gestione della domanda di ingresso in Struttura.

**ACCONSENTO**                       **NON ACCONSENTO**

### Diritti degli Interessati

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti di:

- revoca del consenso. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);

ed altresì

- accesso ai dati personali (art. 15 Regolamento UE 2016/679 – GDPR), ottenere la rettifica o la cancellazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano (art. 16, 17 e 18 Regolamento UE 2016/679 – GDPR);
- proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)) (art. 15, par. 1, lett. f Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

L'esercizio dei Suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta a mezzo e-mail al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

San Marcello, \_\_\_\_\_ Firma dell'Interessato \_\_\_\_\_

*OPPURE*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) in qualità di \_\_\_\_\_ (Amministratore di Sostegno / Tutore / Familiare di riferimento) dell'Ospite \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_), dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016, ed esprimo il consenso per conto di \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_, le cui condizioni psicofisiche non consentono di fornire un'informativa diretta e quindi una consapevole espressione di valido consenso.

San Marcello, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**FONDAZIONE CESARE GREGORINI ETS**  
Residenza per Anziani  
Via Matteotti 7  
60030 SAN MARCELLO (AN)



**SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO**

## **ESITO DELLA VISITA MEDICA praticata al/alla**

**Sig./Sig.ra** \_\_\_\_\_

**Nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

**NOTIZIE PRELIMINARI: da quanti anni cura il/la paziente ?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **paziente occasionale**

\_\_\_\_\_ **da qualche anno**

\_\_\_\_\_ **da pochi mesi**

\_\_\_\_\_ **da molti anni**

### **ANAMNESI**

.....  
.....  
.....  
.....

### **RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI DUE ANNI**

**Conto ricoveri n.** \_\_\_\_\_

**Malattie che l'hanno determinato:**

.....  
.....  
.....  
.....

### **ULTIMO ricovero ospedaliero:**

**data di entrata** \_\_\_\_\_

**data di dimissione** \_\_\_\_\_ **diagnosi** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTIZIE SULLO STATO PSICHICO E MENTALE (rispondere SI o NO)**

L'anziano/a:

è agitato ? \_\_\_\_\_

è vigile ? \_\_\_\_\_

è provvisto di capacità critica ? \_\_\_\_\_

possiede la memoria recente ? \_\_\_\_\_

possiede la memoria remota ? \_\_\_\_\_

ha l'orientamento temporo-spaziale ? \_\_\_\_\_

è soggetto a forti crisi depressive ? \_\_\_\_\_

è stato ricoverato in Case di Cura per malattie mentali ? \_\_\_\_\_

è stato o è seguito dai Centri d'Igiene Mentale ? \_\_\_\_\_

**MALATTIE INFETTIVE**

L'anziano ha in atto malattie infettive ? \_\_\_\_\_

Se si, quali ?

.....  
.....

In passato ha avuto malattie infettive ? \_\_\_\_\_

Se si, quali ?

.....  
.....

**EVENTUALI ALTRE NOTIZIE**

**ALLERGIE ED INTOLLERANZE ALIMENTARI (allegare il Certificato Medico):**

.....  
.....

**INTOLLERANZA AI FARMACI:**

.....  
.....

**REAZIONI IMMUNOLOGICHE:**

.....  
.....



# DIAGNOSI

.....  
.....  
.....  
.....

## SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

<b>A)</b>	<b>Condizioni generali attuali</b>	<b>Buone</b>	<b>Medioci</b>	<b>Gravi</b>
	<i>E' in grado di collaborare</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
<b>B)</b>	<b>Mobilità</b>			
	<i>Può salire o scendere le scale</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Può camminare da solo</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Può camminare con aiuto</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Può camminare con protesi</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Si sposta con carrozzella</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Allettato</i>	<i>da quanto</i>	<i>mese _____</i>	<i>anno _____</i>
<b>C)</b>	<i>Si veste da solo</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Si lava</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Mangia da solo</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Scrive</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Utilizza da solo i servizi igienici</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
<b>D)</b>	<i>Psiche integra</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
	<i>Con fasi di confusione</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
	<i>Con fasi di disorientamento</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
	<i>Con fasi di agitazione psicomotoria</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
<b>E)</b>	<b>Sensorio</b>			
	<i>Cecità</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
	<i>Sordità</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
	<i>Mutismo</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
	<i>Disfasia</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	

**F)** *Eventuali altre condizioni di non autosufficienza*

.....  
.....

**G)** *Terapie in corso*

.....  
.....  
.....



**FONDAZIONE CESARE GREGORINI ETS**

Residenza per Anziani  
Via Matteotti 7  
60030 SAN MARCELLO (AN)



**SCHEDA RILEVAZIONE DELLE CONDIZIONI PSICO-FISICHE**

Sig./ Sig.a \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_

<b>01 – LOCOMOZIONE</b>	<b>Punti</b>
Entra ed esce dal letto, si siede e si alza dalla seggiola in completa autonomia .....	0
Entra ed esce dal letto, si siede e si alza dalla seggiola con assistenza parziale .....	1
Entra ed esce dal letto, si siede e si alza dalla seggiola con assistenza totale .....	2
Allettato/ Allettata	3

<b>02 – VESTIRSI</b>	<b>Punti</b>
Prende gli abiti e si veste in completa autonomia .....	0
Prende gli abiti e si veste con assistenza parziale .....	1
Prende gli abiti e si veste con assistenza totale .....	2

<b>03 - DEAMBULAZIONE</b>	<b>Punti</b>
Deambula in completa autonomia .....	0
Deambula con l'aiuto degli ausili (deambulatore, bastone, stampelle, ecc..) .....	1
Deambula con assistenza parziale .....	2
Necessita assistenza totale (su seggiola a rotelle) .....	3

<b>04 – ALIMENTAZIONE</b>	<b>Punti</b>
Si alimenta da solo in completa autonomia .....	0
Necessita di una dieta con esclusione di alcuni alimenti .....	1
Si alimenta con assistenza parziale .....	2
Si alimenta con assistenza totale .....	3
Si alimenta con <b>SNG – PEG – PEJ</b> (specificare con quale) <input type="text"/> SI <input type="text"/> NO	4

<b>05 – USO DEI SERVIZI</b>	<b>Punti</b>
Va ai servizi, si pulisce e si riveste in completa autonomia .....	0
Va ai servizi, con assistenza parziale .....	1
Va ai servizi con assistenza totale .....	2

<b>06 – FARE IL BAGNO</b>	<b>Punti</b>
In completa autonomia .....	0
Necessita di assistenza parziale .....	1
Necessita di assistenza totale .....	2

<b>07 – CONTINENZA DEGLI SFINTERI</b>	<b>Punti</b>
Controlla completamente la minzione e la defecazione .....	0
Incorre in occasionali incidenti .....	1
Non controlla la minzione .....	2
È portatore di Catetere Vescicale <input type="text"/> SI <input type="text"/> NO	3
Non controlla la minzione e la defecazione .....	4

<b>08 – TERAPIA</b>	<b>Punti</b>
Non riceve assistenza nelle terapie .....	0
Riceve assistenza nelle terapie orali .....	1
Riceve assistenza nelle terapie parenterali .....	2

<b>09 – STATO PSICHICO</b>					
<b>PRESENTA TURBE DI COMPORTAMENTO</b>	ASSENTE .....	SI	RICHIEDE LA SORVEGLIANZA È AGGRESSIVO / È AGGRESSIVA	0	
	LIEVE .....	SI		NO	4
	GRAVE .....	SI		NO	8
		SI		NO	

**PUNTEGGIO TOTALE .....**

<b>03 &lt;</b> Autosufficiente	<b>&gt; 04 – 11 &lt;</b> Non Autosufficiente a Basso Grado di Assistenza	<b>&gt; 12</b> Non Autosufficiente ad Alto Grado di Assistenza
-----------------------------------	---	---

San Marcello, lì .....

.....  
Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale Curante