



**PICCOLO
COTTOLENGO**
— Sanremo —

DOMANDA DI AMMISSIONE



a cura del medico curante

CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA DOMANDA DI AMMISSIONE

il sottoscritto Dott. _____ Medico curante del Sig. _____

nato il ___/___/_____ a _____

DICHIARO CHE IL MIO ASSISTITO E' O E' STATO AFFETTO DA :

	SI	NO			
. ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se si da quanto tempo?		_____
. diabete mellito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se si da quanto tempo?		_____
. Insufficienza renale cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se si da quanto tempo? su quale base?		_____
	SI	NO	ATTUALE	PREGRESSA	TIPO DI MALATTIA ED EPOCA DI ESORDIO
. Cardiopatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie vascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie polmonari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Tubercolosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Epatopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Epatite virale B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie neurologiche					_____
. Malattie endocrine o metaboliche (escl. Diabete)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie gastroenteriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Salmonellosi o parassitosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Incontinenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie urologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie dermatologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie veneree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	SI	NO	ATTUALE	PREGRESSA	TIPO DI MALATTIA ED EPOCA DI ESORDIO
. Malattie ginecologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie o traumi del sist. Muscolo scheletrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie del sist. Immunitario, comprese allergie a farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie psichiatriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie infettive contagiose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Disturbi visivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Disturbi uditivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Altre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

. E' mai stato sottoposto ad interventi chirurgici? SI NO

. Se si, quando e per quale motivo _____

SI NO

. E' mai stato sottoposto a emotrasfusione?

. E' mai stato ricoverato in ospedale psichiatrico o a causa di malattie psichiatriche?

. Se si, quando e per quanto tempo? _____

	SI	NO	ATTUALMENTE	PRECEDENTEMENTE
. E' mai stato in terapia con neurolettici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. E' mai stato in terapia con antidepressivi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. E' o è mai stato dedito all'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Ha mai mostrato propositi suicidi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. E' mai stato aggressivo verso gli altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	LIEVI	GRAVI
. Presenta sintomi (anche lievi) legati a verosimilmente cerebro-involuzione (p.es. disorientamento spazio-temporale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Gode di benefici connessi con lo stato di invalidità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HA PRESENTATO DOMANDA IL _____	
. Gode di benefici di fornitura di pannoloni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
. E' in possesso di presidi sanitari concessi da S.S.N. (es. carrozzella, girello, materassino antidecubito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ALTRE ANNOTAZIONI EVENTUALI _____

TERAPIA IN ATTO _____

. Vaccinazioni: antinfluenzale antipneumococcico

	SI	NO	PERMANENTE
. Catetere vescicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Peg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
. SNG (sondino-naso gastrico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
. CVC (catetere venoso celebrale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

INDICATORE COGNITIVITA' E COMPORAMENTO

CONFUSIONE	
E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive, la personalità è completamente destrutturata.	1
E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe.	2
Appare incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo e nello spazio	3
E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente	4

IRRITABILITA'	
Qualsiasi contatto è causa di irritabilità	1
Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità, che non sempre è in grado di controllare	2
Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.	3
Non mostra segni di irritabilità ed è calmo.	4

IRREQUIETEZZA	
Cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi, ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo.	1
Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano.	2
Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà a mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti.	3
Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.	4

INDICI DI SELF CARE	Può fare da solo	necessita di aiuto	Totalmente incapace
Bere da un bicchiere	4	2	0
Mangiare	6	3	0
Vestire parte superiore corpo	5	3	0
Vestire parte inferiore corpo	7	4	0
Indossare protesi arto	0	-2	0
Riassettarsi	5	3	0
Lavarsi o fare il bagno	6	3	0
Controllare l'alvo	10	5	0
Controllare la minzione	10	5	0

INDICI DI MOTILITA'	Può fare da solo	necessita di aiuto	Totalmente incapace
Sedersi-alzarsi dalla sedia	15	7	0
Sedersi-alzarsi dal WC	6	3	0
Entrare e uscire dalla vasca	1	0	0
Camminare 50 metri in piano	15	10	0
Salire-scendere 10 scale	10	5	0
muovere una sedia a rotelle *	5	0	0

* Calcolare solo se deambulazione = 0

Indice i Barthel calcolato

Cut-off 20/60/100

Per indice Barthel = 60 sono richiesti 120 minuti di assistenza / 24 h.

L'esaminatore

SCALE DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA

Lowton M.P. e Brody E.M.: "Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living". Gerontologist; 1969, 9:179-86

USO DEL TELEFONO		BIANCHERIA	
Usa il telefono di propria iniziativa		Fa bucato personalmente e completamente	1
Compone solo alcuni numeri ben conosciuti		Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
Risponde ma non è capace di comporre il numero		Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
Non risponde al telefono		Non applicabile	NA
Non applicabile	NA		
ACQUISTI		MEZZI DI TRASPORTO	
Fa tutte le proprie spese senza aiuto		Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
Fa piccoli acquisti senza aiuto		Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
Ha bisogno di essere accompagnato		Usa mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
Completamente incapace di fare acquisti		Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza	0
Non applicabile		Non si sposta per niente	0
		Non applicabile	NA
PREPARAZIONE DEL CIBO		RESPONSABILITA' NELL'USO DI FARMACI	
Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati		Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
Prepara pasti adeguati solo se vengono procurati gli ingredienti		Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata		Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti		Non applicabile	NA
Non applicabili	NA		
GOVERNO CASA		CAPACITA' DI MANEGGIARE IL DENARO	
Mantiene la casa da solo/a o con occasionale assistenza (ad es. auto per i lavori pesanti)		Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa		E' in grado di fare piccoli acquisti	1
Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa		E' incapace di maneggiare i soldi	1
Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa		Non applicabile	NA
Non applicabile			

ELENCO ESAMI DA PRESENTARE

E S A M I	. EMOCROMO + FORMULA
	. AZOTEMIA
	. CREATININA
	. ELETTROLITI
D A	. GLICEMIA
	. TRANSAMINASI
	. GAMMA G.T.
P R E S E N T A R E	. ESAME COMPLETO DELLE URINE
	. MARKERSEPTATE B+C
	. T.P.H.A.
	. AB HIV
	. ELETTROCARDIOGRAMMA recente (max sei mesi)
	RX TORACE recente (max sei mesi)

COMUNICAZIONE MEDICA

Preghiamo i familiari che avessero ulteriori documentazioni (dimissioni da ricoveri anche lontane nel tempo, risultati di esami non usuali, TAC, esami di funzionalità tiroidea, referti di visite specialistiche ecc. ecc.) di fornirne una copia nel momento del ricovero. Grazie

PARTE RISERVATA AL COORDINATORE SANITARIO (Medico della struttura)

La persona è da ritenersi: NON AUTOSUFFICIENTE AUTOSUFFICIENTE

DATA ___/___/___

Timbro e firma _____

DATI ANAGRAFICI DELL'OSPITE IN INGRESSO:

nome _____

cognome _____

data e luogo di nascita _____

codice fiscale _____

residenza _____

numero carta d'identità _____

data di emissione e scadenza carta d'identità _____

medico di famiglia _____

DATI ANAGRAFICI CONTATTI DI RIFERIMENTO:

nome _____

cognome _____

grado di parentela _____

data e luogo di nascita _____

codice fiscale _____

residenza _____

recapiti telefonici /email _____

CERTIFICAZIONE MEDICA PER COVID-19 PER INSERIMENTO IN STRUTTURA

Io sottoscritto dott. _____ nato il _____

Residente a: _____

Mail: _____ recapito telefonico: _____

Nome e cognome del paziente: _____

dopo aver visitato il paziente, certifico quanto segue:

- Che il paziente non ha attualmente febbre o sintomi respiratori o altri sintomi riconducibili al covid-19;
- Che il paziente non è venuto recentemente in contatto con casi accertati o sospetti di covid-19 (ultime due settimane);
- Che il paziente ha superato la malattia da Covid 19 , se sì quando _____;
- Se la risposta alla domanda precedente è sì, è già stato sottoposto all'esame sierologico quantitativo per covid -19 per valutare il livello della immunità (IgM/IgG) , se sì data _____ (referto da allegare alla documentazione per l'ingresso);
- Che il paziente ha eseguito esame molecolare per covid-19 (tamponi) in data _____ con esito _____ per l'ingresso ;
- Che il paziente è stato vaccinato contro il Covid 19

in data _____ , _____ dose, con il vaccino (tipo) _____ ;

in data _____ , _____ dose, con il vaccino (tipo) _____ ;

in data _____ , _____ dose, con il vaccino (tipo) _____ ;

in data _____ , _____ dose, con il vaccino (tipo) _____ ;

in data _____ , _____ dose, con il vaccino (tipo) _____ ;

Che il paziente non è stato vaccinato contro covid 19 ma ha la prenotazione nelle seguenti date

_____ , _____ dose in località _____ .

Data _____

Timbro e firma per esteso _____

Nota: è necessario che la certificazione venga compilata prima dell'ingresso in struttura e inoltrata tramite mail ai seguenti indirizzi:

c.martini@donorionesanremo.org (Direttore Sanitario)

s.busnelli@donorionesanremo.org (Assistente Sociale)

segreteria@donorionesanremo.org (Front Office)

Il tampone quando richiesto deve essere eseguito 48 ore prima dell'ingresso in struttura così come indicato nella delibera 185 del 21/05/2020 di ALISA. L'ingresso sarà confermato solo nel caso di esito negativo.

Si comunica che in ogni caso il paziente entrerà nella zona buffer per almeno 5 giorni dopodichè sarà eseguito il secondo tampone prima di collocare il paziente nel reparto di destinazione.

Si ringrazia per la collaborazione. Si resta a disposizione per qualsiasi chiarimento al telefono 0184/598534 o 0184/598500

La Direzione Sanitaria



**PICCOLO
COTTOLENGO**
— Sanremo —

15

Provincia Religiosa San Benedetto di Don Orione

Via Paverano n. 55 – 16143 Genova

P. IVA/C.F. 00548350101

Sede Locale

PICCOLO COTTOLENGO DON ORIONE

Via Galileo Galilei, 713 Sanremo (IM)

www.piccolocottolengosanremo.it

www.donorionesanremo.org