



**DOMANDA di INGRESSO**  
in Rsa Residenza Bellagio  
via La Mazzina, 14 - Località Visgnola

tel 031.9569111 - fax 031.950569

[info@residenzabellagio.it](mailto:info@residenzabellagio.it) - [www.residenzabellagio.it](http://www.residenzabellagio.it)

*Compilazione a cura del garante/parente e  
da consegnare o inviare tramite fax o e-mail a Rsa Residenza Bellagio*

**Dati anagrafici dell'anziano richiedente**

sessu

nome e cognome \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

n° carta d'identità \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

numero tessera sanitaria \_\_\_\_\_

coniugato/a \_\_\_\_\_ celibe/nubile \_\_\_\_\_ convivente \_\_\_\_\_ separato/a \_\_\_\_\_ divorziato \_\_\_\_\_ vedovo/a \_\_\_\_\_

telefono casa \_\_\_\_\_ telefono mobile \_\_\_\_\_

**è stata presentata domanda di invalidità civile alla proposta Commissione Invalidi?** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**se si, in che data?**

PRESENTAZIONE DOMANDA INVALIDITA' gg \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

se è stata accettata, indicare: RICONOSCIMENTO INVALIDITA' \_\_\_\_\_

- data verbale commissione invalidi gg \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_
- percentuale di invalidità riconosciuta \_\_\_\_\_ %

**ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO:** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Dati anagrafici del garante o referente principale (con cui si metterà in contatto la RSA)**

nome e cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

n° carta d'identità \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono casa \_\_\_\_\_ telefono mobile \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

posizione rispetto all'anziano o grado di parentela:

- Figlio/a
- Moglie/marito
- Fratello/sorella
- Genero/cognato
- Vicino
- Volontario
- Altro(specificare) \_\_\_\_\_

*Si considera garante la persona o l'ente che, in forza di vincoli personali e/o legali, oppure per scopo istituzionale, o per mera liberalità, anche in assenza di formale espressione di volontà di mandato o rappresentanza o delega da parte dell'ospite, garantisce e/o assume personalmente ed irrevocabilmente tutti gli obblighi (finanziari, morali di "fare o non fare") derivanti dalla stipula del contratto di accoglienza e fino alla risoluzione dello stesso.*

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta e di sottoscrivere l'impegno di spesa per il pagamento della retta. Si impegna inoltre a comunicare alla Residenza Bellagio l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).

Firma richiedente .....

Data .....

**Motivo della domanda:**

- Persona non autonoma
- Vive solo
- Vive in un alloggio non idoneo
- La famiglia non può provvedere
- Altro(specificare)\_\_\_\_\_

**Urgenza del soggiorno:**

- Ordinaria
- Estrema
- Inserimento in lista di attesa

**Tipologia di assistenza:**

- Soggiorno ordinario
- Soggiorno pronto intervento
- Soggiorno di sollievo

**Tipologia della domanda:**

- Soggiorno definitivo
- Soggiorno a tempo indeterminato

**protesi ed ausili in uso:**

- Girello personale\_\_\_\_\_asl\_\_\_\_\_
- Carrozzina personale\_\_\_\_\_asl\_\_\_\_\_
- Materassino antidecubito personale\_\_\_\_\_asl\_\_\_\_\_
- Letto ortopedico personale\_\_\_\_\_asl\_\_\_\_\_
- Dispositivo incontinenza personale\_\_\_\_\_asl\_\_\_\_\_
- Altro (specificare)\_\_\_\_\_

**Provenienza:**

- Abitazione
- Ospedale
- Istituto di riabilitazione
- Rsa (casa di riposo)
- \_\_\_\_\_
- Altra struttura
- \_\_\_\_\_
- Altro
- \_\_\_\_\_

**Ha presentato domande in altre strutture:**

- SI
- NO

**Se si, specificare quale?**

\_\_\_\_\_

**Attività strumentali**

	Autonomo	Riceve aiuto	Non in grado
1 Uso del telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Fare acquisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Cucinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Pulizia della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Fare il bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Spostarsi con i mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Assumere farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Maneggiare denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**La persona è capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa?**

- No, non è in grado. Serve la completa assistenza di *due* persone
- Serve la completa assistenza di *una* persona
- Serve assistenza per una o più fasi del trasferimento
- Occorre la presenza di una persona, ma solo per infondere fiducia o garantire sicurezza
- E' completamente autonoma

**La persona è in grado di camminare da solo almeno per 50 metri?**

- No, non è in grado
- E' in grado, ma serve la presenza costante di una o più persone
- Serve aiuto, ma solo per raggiungere il bastone o altri ausili
- E' necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
- Sì, percorre almeno 50 metri senza aiuto o supervisione (non importa se con il bastone o un altro ausilio)

**Se non cammina, è in grado di manovrare da solo la sedia a rotelle?**

- No, non è in grado
- Sì, ma solo per brevi tratti e su superficie piana
- Serve aiuto solo per accostarsi al tavolo o al letto
- Serve aiuto solo negli spazi più angusti
- E' totalmente autonoma

**La persona è in grado di provvedere da solo alla propria igiene?**

- No, non è in grado. Servono due persone
- No, non è in grado. Serve l'aiuto di una persona
- E' necessario aiutarlo in uno o più aspetti dell'igiene personale
- Richiede solo un minimo di assistenza prima o dopo l'igiene
- E' completamente autonoma

**La persona è in grado di alimentarsi autonomamente?**

- No, non è in grado. Va imboccato o nutrito per altre vie
- Riesce a manipolare una posata, ma è necessaria assistenza attiva per tutto il pasto
- Serve assistenza per gli atti più complicati, come versare il latte o lo zucchero nel thé, aggiungere sale o pepe, imburrare;
- Serve aiuto solo per tagliare la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli.
- E' completamente autonoma

**La persona è confusa?**

- Sì, le capacità di pensiero sono completamente destrutturate
- Appare chiaramente confusa e non si comporta, in alcune situazioni, come dovrebbe
- Appare incerta e dubbiosa, ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio
- La persona è in grado di pensare chiaramente e ha contatti normali con l'ambiente

**La persona è particolarmente irritabile?**

- Sì, sempre.
- Si irrita facilmente, anche per stimoli che non dovrebbero essere provocatori
- Si irrita solo se provocato
- No, è sempre calma

**La persona è fisicamente irrequieta?**

- Sì, è incapace di stare fermo anche per brevi periodi di tempo, cammina incessantemente
- E' molto irrequieto: non riesce a stare seduto, contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano
- Si agita, gesticola, ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi
- La persona non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

**SCHEDA SANITARIA**  
Rsa Residenza Bellagio  
via La Mazzina, 14 - Località Visgnola

tel 031.9569111 - fax031.950569  
[info@residenzabellagio.it](mailto:info@residenzabellagio.it) - [www.residenzabellagio.it](http://www.residenzabellagio.it)

*Compilazione a cura del medico curante e  
da consegnare o inviare tramite fax o e-mail a Rsa Residenza Bellagio*

**CIRS** (*Cumulative illness rating scale*)

	1	2	3	4	5
	<i>assente</i>	<i>lieve</i>	<i>moderato</i>	<i>grave</i>	<i>molto grave</i>
Patologie cardiache					
Iperensione arteriosa					
Patologie vascolari					
Patologie respiratorie					
Vista, udito, naso, gola, laringe					
Apparato gastroenterico superiore					
Apparato gastroenterico inferiore					
Patologie epatiche					
Patologie renali					
Altre patologie genito-urinarie					
Sistema muscolo-scheletrico e Cute					
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze)					
Patologie endocrino-metaboliche (incluso diabete, infezioni, sepsi e stati tossici)					
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze)					

**Problemi clinici prevalenti (specificare)**

---



---



---

**Terapia farmacologia in corso (specificare)**

---



---



---

**ANOMALIE DEL COMPORTAMENTO**

	<b>SI</b>
Ansia	
Depressione	
Deliri o allucinazioni	
Agitazione psico-motoria diurna	
Agitazione psico-motoria notturna	
Deambulazione incessante	
Affaccendamento	
Inversione ritmo sonno-veglia	
Aggressività	
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive	

**ALTRE INFORMAZIONI SANITARIE**

	<b>SI</b>
<b>Alimentazione artificiale</b>	
Disfagia	
Alimentazione artificiale	
Sondino naso gastrico	
PEG o PEJ	
Alimentazione parenterale totale	
<b>Terapia dialitica</b>	
Il paziente è in dialisi?	
peritoneale	
extracorporea	
<b>Assistenza respiratoria</b>	
E' presente insufficienza respiratoria?	
Ossigeno occasionalmente	
Ossigeno almeno 6 ore al giorno	
Ossigeno costante	
Tracheostomia	
Ventilazione artificiale	
<b>Diabete mellito</b>	
Il paziente è affetto da diabete mellito?	
E' trattato con la sola dieta	
Farmaci antidiabetici orali	
Insulina	
<b>Lesioni cutanee</b>	
Il paziente ha ulcere da decubito?	
Sacrali o sopratrocanteriche	
Calcaneali o agli arti	
Il paziente ha ulcere vascolari?	
<b>Continenza vescicale o fecale</b>	
Pannoloni per incontinenza	
Catetere vescicale a permanenza	
Cateterismo intermittente con Nelaton	
Entero- o colo-stomie	

**Recapiti telefonici del medico curante**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Timbro e  
firma medico curante*

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.