

AL Punto Unico di Accesso del Distretto di Tempio Pausania :**RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE per :**

- INSERIMENTO O PROROGA IN CDI** " Cure Domiciliari Integrate" .
- INSERIMENTO IN RSA** RSA scelta: _____
- INSERIMENTO IN TRATTAM. RIABILITATIVO GLOBALE TERRITORIALE** Centro di Riabil. scelto _____
- INSERIMENTO IN CPDO**
- ATTIVAZIONE PROGRAMMA "RITORNARE A CASA"**

1) Dati riferiti alla persona di cui si chiede l'inserimento

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____, ___/___/___ residente a _____

via _____ n° _____ CAP _____ tel _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nominativo del medico di medicina generale _____

2) Dati del richiedente:

- Diretto Interessato** (si vedano i dati del punto 1)
- Parente** (indicare i dati del parente) Rapporto di parentela _____
- Cognome _____ Nome _____ tel _____
- residente a _____ via _____ n° _____ CAP _____
- Medico curante** Dr. _____
- Assistente sociale** Comune _____

Se la richiesta di inserimento è presentata da persona diversa dall'interessato o da un parente responsabile, il richiedente dovrà obbligatoriamente ottenere il consenso preventivo all'inserimento da parte di questi ultimi.

data ____/____/____ Firma del richiedente _____

- 1) Ai sensi del DPR 29.11.2001 e della DGR 10/24 del 25.06.2006 il pagamento della quota sociale è **a carico dell'assistito /comune** viene fissato **per la RSA** nella misura di **Euro 64,00** (per i profili 1, 2,3,4,5) e **Euro 59,00** (per i profili 6,7,8,9),
- 2) Allegare alla richiesta una relazione sanitaria compilata dal medico curante contenente stato clinico, stato funzionale ed eventuali motivazioni sociali.

Acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'inserimento in RSA/,Cure Domiciliari Integrate, Tratt. Riabilitativo globale, attivazione progetto "Ritornare a casa" con le modalità di cui al D. Lgs 196/2003 e alla comunicazione degli stessi agli enti socio sanitari interessati.

data ____/____/____

Firma _____

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 2 – OLBIA

PUNTO UNICO DI ACCESSO

DISTRETTO DI TEMPIO

Tel/fax 079-678354- tel/fax 079-678354 email:

Via Demartis n°2 – 07029 Tempio

RELAZIONE SANITARIA per inserimento in :

- INSERIMENTO O PROROGA IN CDI “Cure Domiciliari Integrate” .
 INSERIMENTO IN RSA .
 INSERIMENTO IN C.P.D.O .
 INSERIMENTO IN TRATTAM. RIABILITATIVO GLOBALE TERRITORIALE .
 ATTIVAZIONE PROGRAMMA RITORNARE A CASA .

IL Sig./La Sig.ra _____ nato a _____

il ___/___/___ residente in _____ Via _____

① Autosufficiente

② Parzialmente autosufficiente

③ A rischio di perdere l'autosufficienza

④ Non autosufficiente

Patologie pregresse: _____

Patologie in atto : _____

Condizioni psichiche/ Reattività emotiva:

Confusione e disorientamento

Depressione

Ansia

Fasi di agitazione psicomotoria

Episodi di aggressività

Allettato:

NO SI: da quanto tempo _____

Piaghe da decubito:

assenti presenti: sede _____

Terapia in atto:

Attualmente il paziente si trova:

al proprio domicilio:

vive da solo

SI

NO

se NO specificare con chi: _____

supporto familiare

Adeguato

Inadeguato

Problematiche che ostacolano adeguata assistenza al domicilio _____

Ospedale/ Clinica (spec.) _____

Altra Struttura (spec.) _____

Obiettivi dell'inserimento in R.S.A/C.D.I :

Data _____

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale