

DOMANDA DI INGRESSO – RESIDENZA PROTETTA “SAN FRANCESCO”

SENCA Senior Care S.r.l.

(Compilazione riservata al Medico di Medicina Generale)

DATI ANAGRAFICI DELL'INTERESSATO/A

- Cognome e Nome: _____
- Data di nascita: ____ / ____ / ____ Sesso: M F
- Nato/a _____
- Codice Fiscale: _____
- Indirizzo di residenza: _____
- Comune (Prov.): _____ CAP: _____
- Telefono: _____
- Al momento della presentazione della domanda esiste un'esenzione ticket? SI NO
Se SI quale? _____

DATI DEL MEDICO CURANTE

- Nome e Cognome: _____
- Telefono / E-mail: _____

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

- ☐ Perdita parziale autonomia
- ☐ Condizioni abitative non idonee
- ☐ Vive da solo
- ☐ Quadro clinico compatibile con residenza protetta
- ☐ Prevenzione del decadimento funzionale
- ☐ Altro: _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE AGED - DA COMPILARSI A CURA DEL MMG
Legenda punteggi:

- **Autonomia residua:**
1 = funzione conservata
2 = funzione parzialmente compromessa
3 = funzione assente
- **Punteggio assistenziale (a destra):** Barrare il valore corrispondente

Sezione	Opzione	Punteggio
1. COERENZA		
Coerente		
parzialmente o saltuariamente coerente	sorveglianza incoerente e/o confuso	1
incoerente (bisognoso di sorv. Continua)	sorveglianza incoerente e/o confuso	3
2. ORIENTAMENTO		
ben orientato		
parzialmente o saltuariamente disorientato		
disorientamento temporo spaziale		
3. INSERIMENTO SOCIALE		
nessun problema di inserimento nel proprio contesto	parziale aiuto all'inserimento in comunità	1
ha qualche difficoltà (mantiene rapporti con frequenti contrasti)		
gravi problemi (non riesce a mantenere rapporti con le persone)	aiuto all'inserimento in comunità	2
4. VISTA		
Vede bene (anche con lenti)		
la funzione è parzialmente conservata	impegno assistenziale specifico medio	0,5
non vedente	impegno assistenziale specifico alto	1
5. UDITO		
sente bene (anche con protesi acustica)		
la funzione è parzialmente conservata		
non udente		
6. PAROLA		
parla normalmente		
difficoltà nell'espressione verbale	afasia con comprensione parzialmente conservata	0,5
turbe gravi sia dell'espressione che della comprensione verbale	afasia grave	1

7. CONTINENZA URINARIA	assistenza con padella o pappagallo	2
continente	accompagnamento WC	2
incontinente saltuario	assistenza uso assorbente giorno e notte	2
incontinente frequente	assistenza uso assorbente solo notte	1
8. CONTINENZA ANALE	assistenza per catetere vescicale	1
continente	assistenza per raccoglitore esterno	1
incontinente saltuario	assistenza per neostoma uretero-cutaneo	1
incontinente frequente	assistenza per neostoma entero-cutaneo	1
9. IGIENE SUPERIORE	aiuto ad autosufficiente parziale	1
Autosufficiente	non autosufficiente fisico	1
parzialmente autosufficiente	non autosufficiente incoerente e/o confuso	2
non autosufficiente	non autosufficiente incontinente lucido	3
10. IGIENE INFERIORE	incontinente	4
Autosufficiente	aiuto a non autosufficiente	1
parzialmente autosufficiente	non autosufficiente fisico	1
non autosufficiente	non autosuff. incoerente e/o confuso	2
11. ABBIGLIAMENTO SUPERIORE (CAMICIA, MAGLIA...)	non autosuff. incontinente lucido senza dispositivi	2
Autosufficiente	non autosuff. incontinente e/o incoerente senza dispositivi	3
parzialmente autosufficiente		
non autosufficiente		
12. ABBIGLIAMENTO CENTRALE (CINTURA, MUTANDE...)		
Autosufficiente		
parzialmente autosufficiente		
non autosufficiente		
13. ABBIGLIAMENTO INFERIORE (PANTALONI, CALZE...)		
Autosufficiente		
parzialmente autosufficiente		
non autosufficiente		
14. TIPO DI ALIMENTAZIONE		
Normale (per OS)		
liquida o semi liquida per OS		
artificiale (sonda NG, gastro-enterostomia, TPN)	preparazione alimentazione parenterale o per sonda	2
15. AIUTO NELL'ALIMENTAZIONE	adattamento del pasto	2
Nessun aiuto	aiuto a non autosufficiente	6
adattamento al pasto (aiuto per tagliare i cibi)	non autosufficiente con sonda naso gastrica o stomia in modalità manuale	6
aiuto totale e sorveglianza continua		

16. MOBILIZZAZIONE DA LETTO		
Si alza senza aiuto o non si alza	aiuto umano per lasciare il letto	1
deve essere aiutato		
deve essere alzato passivamente		
17. MOBILITÀ INTERNA		
si muove senza limiti nella residenza		
si muove solo in camera	prevenzione decubiti	1
non può essere alzato mai da letto	mobilizzazione passiva a letto	1
18. AIUTO NELLA DEAMBULAZIONE		
nessun aiuto		
aiuto meccanico (bastone, tripode, carrozzella se autonomo)	aiuto umano per mobilizzazione in carrozzella	1
aiuto umano (anche per spingere la carrozzella)	aiuto umano per deambulare in reparto/casa	1
19. IGIENE POSTO LETTO		
	aiuto igiene posto letto	0,5
Autosufficiente	igiene P.L. in Pz non autosufficiente fisico	1
necessita aiuto	igiene P.L. in Pz. Incontinente lucido senz adispositivi	2
nessuna attività	Igiene P.L. in Pz. Incoerente e/o confuso	2
	incontinente senza dispositivi	3
20. NURSING INFERMIERISTICO		
	preparazione e distribuzione terapia per OS, I. M., S.C.	1
	sorveglianza infermieristica a fleboclisi	1
	sorveglianza e preparazione terapia E.V.(compreso gestione elastomero, terapia peridurale)	3
	sorveglianza infermieristica a T.P.N:(compresa gestione CVC, Port a cath..)	3
	medicazione lesioni da pressione	2
	medicazioni ulcere vascolari arti inferiori	2
ulcere cutanee I e II grado	SI NO	
ulcere cutanee III e IV grado o lesioni in più siti	SI NO	
	medicazione lesioni di altro tipo (es: ferita chirurgica...)	2
	sorveglianza/ gestione della tracheostomia	2
	assistenza e sorveglianza a ventilazione assistita	3
	sorveglianza ossigeno terapia 24H	1
	preparazione/sorveglianza alla dialisi	4

TOTALE PUNTEGGIO AGED: _____ (MAX 16 per ammissibilità)

Se punteggio >16, l'ospite NON è idoneo per l'inserimento in Residenza Protetta.

NOTE CLINICHE (Facoltative):

ALLERGIE: _____

TERAPIA IN ATTO:

Data: ____ / ____ / ____

Firma del MMG: _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Documento di identità
- ☐ Tessera sanitaria
- ☐ Verbale invalidità (se presente)
- ☐ Certificato residenza / autocertificazione
- ☐ Referti clinici aggiornati

Firma dell'interessato o suo delegato: _____