

SCHEDA INGRESSO RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

IL RICHIEDENTE:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ (PROV. DI _____) IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____

MAIL _____

IN QUALITA' DI :

- ☐ DIRETTO INTERESSATO
- ☐ FAMILIARE (SPECIFICARE PARENTELA _____)
- ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE/SOGGETTO CHE ESERCITA LA PROTEZIONE GIURIDICA (NOMINATIVO _____)
- ☐ ALTRO _____

CHIEDE L'INGRESSO IN RSA ☐ SOLVENZA ☐ POSTO LETTO A CONTRATTO DEL/DELLA SIG./SIG.RA

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ (PROV. DI _____) IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____

CITTADINANZA _____

STATO CIVILE:

- ☐ CONIUGATO
- ☐ VEDOVO/A
- ☐ SEPARATO/A
- ☐ DIVORZIATO/A
- ☐ CELIBE/NUBILE

MEDICO DI MEDICINA GENERALE _____

RECAPITI TEL. _____ EMAIL _____

ATTUALMENTE LA PERSONA SI TROVA:

- ☐ DOMICILIO
- ☐ OSPEDALE
- ☐ CURE INTERMEDIE/RIABILITAZIONE
- ☐ STRUTTURA PSICHIATRICA
- ☐ RICOVERO SOLVENTE

o ALTRO

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

CARTA DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL RICHIEDENTE E DELL'INTERESSATO

TESSERA SANITARIA DEL RICHIEDENTE E DELL'INTERESSATO

ALLEGATO 1 COMPILATO E FIRMATO DAL MEDICO CURANTE o DAL MEDICO DELLA STRUTTURA OSPITANTE (obbligatorio)

COPIA VERBALE I.C / HANDICAP

COPIA ATTO DI NOMINA ADS/TUTORE (da presentare all'ingresso)

DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE (ULTIMI 6 MESI) (da presentare all'ingresso)

I dati personali, anche particolari (sensibili) ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16 ("GDPR"), giudiziari (art. 10 del GDPR), contenuti nella presente richiesta, dovranno essere trattati con la massima riservatezza e secondo le disposizioni del Regolamento 679/16, esclusivamente per la seguente finalità: riattivazione domanda di inserimento nella lista d'attesa ingresso in RSA.

I dati verranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/16.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).

La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di presentare la domanda.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei e la Struttura sociosanitaria e l'Azienda Sociale del Cremonese mettono in atto le adeguate misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del Regolamento UE 679/16 è la Struttura sociosanitaria ove l'interessato presenta la domanda.

Il Responsabile esterno del Trattamento ai sensi art. 28 comma 1 del GDPR è l'Azienda Sociale del Cremonese.

Il Responsabile della Protezione dei dati ai sensi art. 37 del Regolamento UE 679/16 per l'Azienda Sociale del Cremonese è l'Avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la sottoscrizione in calce, l'interessato presta il consenso informato al trattamento dei dati personali anche particolari (sensibili) e giudiziari per la predetta finalità.

Luogo e data: _____

Firma richiedente _____

ALLEGATO 1

RELAZIONE SANITARIA PER L'INGRESSO IN RSA

A CURA DEL ☐ MEDICO MEDICINA GENERALE ☐ MEDICO STRUTTURA OSPITANTE

SIG./SIG.RA _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

ESENZIONI _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

PATOLOGIE _____

TERAPIA FARMACOLOGICA

FARMACO	DOSAGGIO	POSOLOGIA

ALLERGIE AI FARMACI: ☐ SI ☐ NO

Se sì, quali: _____

ALTRI TRATTAMENTI:

Emotrasfusione	☐ NO ☐ SI	Tipo _____
Dialisi	☐ NO ☐ SI: ☐ emodialisi ☐ dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc)		

GESTIONE DELLA TERAPIA:

- ☐ AUTONOMO
☐ CON AIUTO
☐ TOTALMENTE DIPENDENTE

NOTIZIE ANAMNESTICHE SIGNIFICATIVE:

LA PERSONA HA EFFETTUATO LE SEGUENTI VACCINAZIONI:

- ☐ INFLUENZA: ☐ SI ☐ NO Data Vaccinazione: _____
- ☐ ANTIPNEUMOCOCCICA: ☐ SI ☐ NO Data Vaccinazione: _____
- ☐ SARS COV 2: ☐ SI ☐ NO Data Ultima Vaccinazione: _____
- N. dosi somministrate: _____
- ☐ ALTRO _____

DEFICIT SENSORIALI

Ipovisus	☐ NO ☐ SI	Cecità assoluta ☐ SI
Ipoacusia	☐ NO ☐ SI	Corretta con protesi ☐ NO ☐ SI Sordità assoluta ☐ SI

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	☐ NO ☐ SI ☐ soporoso ☐ coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)
Diagnosi di demenza nota	☐ NO ☐ SI, QUALE.....
Deficit di memoria	☐ NO ☐ SI Disorientamento ☐ NO ☐ SI: ☐ temporale ☐ spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	☐ NO ☐ SI, di che tipo:

Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	☐ NO ☐ SI	Deflessione del tono dell'umore	☐ NO ☐ SI
Deliri	☐ NO ☐ SI	Allucinazioni	☐ NO ☐ SI
Aggressività	☐ NO ☐ SI:	☐ fisica ☐ verbale	
Disturbi del sonno	☐ NO ☐ SI	☐ Inversione ritmo sonno-veglia	
Vagabondaggio /affaccendamento	☐ NO ☐ SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga	☐ NO ☐ SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	☐ NO ☐ SI, di che tipo:		
Etilismo/potus	☐ NO ☐ SI:	☐ attuale ☐ pregresso	
Tabagismo	☐ NO ☐ SI:	☐ attuale ☐ pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	☐ NO ☐ SI:	☐ attuale ☐ pregresso	
	Di che tipo:		
Dipendenza gioco	☐ no ☐ si, di che tipo:		
Tentato suicidio	☐ NO ☐ SI: indicare la data: / /		
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	☐ NO ☐ SI:		
Eventuali note e osservazioni:			

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	☐ senza aiuto/sorveglianza ☐ necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) ☐ necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento		
Edentulia	☐ NO ☐ SI:	Protesi: ☐ Inferiore ☐ Superiore Scheletrato: ☐ Inferiore ☐ Superiore	
Rifiuto del cibo	☐ NO ☐ SI		
Disfagia	☐ NO ☐ SI	Cibi frullati o omogeneizzati ☐ NO ☐ SI Addensanti ☐ NO ☐ SI	
Dieta specifica	☐ NO ☐ SI, di che tipo:		
Alimentazione enterale	☐ NO ☐ SI: ☐ PEG ☐ SNG	Alimentazione parenterale	☐ NO ☐ SI: ☐ periferica ☐ centrale

Peso corporeo: kg

Altezza: cm

Intolleranze/Allergie

☐ non note ☐ NO ☐ SI, di che tipo:

SCALA BARTHEL

Attività	Punteggio	
Alimentazione	0	dipendente
	5	necessita di assistenza (es: tagliare il cibo)
	10	indipendente
Vestirsi / Svestirsi	0	dipendente
	5	necessita aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole
	10	indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni
Igiene personale	0	dipendente
	5	si lava la faccia e i denti, si pettina, si rade (inserisce la spina del rasoio)
Fare il bagno / doccia	0	dipendente
	5	indipendente
Controllo sfinterico intestinale	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Controllo sfinterico vescicale	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Spostamenti Trasferimento sedia- letto	0	dipendente, non ha equilibrio da seduto
	5	in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi
	10	minima assistenza e supervisione
	15	indipendente
Utilizzo della toilette	0	dipendente
	5	necessita qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/sgestirsi o usare carta igienica
	10	indipendente con l'uso del bagno o della padella
Mobilità Deambulazione su terreno piano	0	immobile
	5	indipendente con la carrozzina per > 45m
	10	necessita aiuto per > 45m
	15	indipendente per > 45m (può usare ausili, es. bastone, ma non girello)
Salire o scendere le scale	0	dipendente
	5	necessita di aiuto o supervisione
	10	indipendente, può usare ausili

PUNTEGGIO _____/100

INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

Indicare l'indice di severità:

[1] assente [2] lieve [3] moderato [4] grave [5] molto grave

- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Patologie cardiache
(solo cuore) | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 2. Ipertensione
(si valuta la severità, gli organi coinvolti sono
considerati separatamente) | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 3. Patologie vascolari
(sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 4. Patologie respiratorie
(a partire dalla laringe) | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 5. O.O.N.G.L.
(occhio, orecchio, naso, gola, laringe) | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 6. Apparato G.L. superiore
(esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 7. Apparato G.L. inferiore
(intestino, ernie) | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 8. Patologie epatiche
(solo fegato) | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 9. Patologie renali
(solo rene) | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 10. Altre patologie genito-urinarie
(ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 11. Sistema muscolo-scheletrico-cute | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 12. Patologie sistema nervoso
(sistema nervoso centrale e periferico: non include
la demenza) | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 13. Patologie endocrine-metaboliche
(include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 14. Patologie psichiatriche-comportamentali
(include demenza, depressione, ansia, agitazione,
psicosi) | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |

Indice di severità _____	Indice di comorbilità _____
--------------------------	-----------------------------

ASSISTENZA RESPIRATORIA:

- ☐ NESSUNA
- ☐ OSSIGENOTERAPIA ☐ SI ☐ NO FLUSSO (litri/minuto): _____ PER QUANTE ORE/DIE _____
- ☐ TRACHEOTOMIA ☐ SI ☐ NO
- ☐ VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA ☐ SI ☐ NO
- ☐ VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA ☐ SI ☐ NO

LESIONI CUTANEE: ☐ SI ☐ NO

Se sì, specificare:

- ☐ Lesioni da decubito: Sede _____
Stadio _____
- ☐ Altro: _____: Sede _____
Stadio _____

MINIZIONE ED EVACUAZIONE

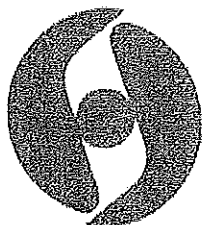
- ☐ UTILIZZO PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA ☐ SI ☐ NO
- ☐ PORTATORE DI CATETERE VESCICALE ☐ SI ☐ NO
- ☐ ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA ☐ SI ☐ NO

LA PERSONA E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE E PUO' VIVERE IN COMUNITA'? ☐ SI ☐ NO

EVENTUALI NOTE:

Luogo e Data _____

Firma e timbro del medico



FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: www.fondazionesospiro.it - Mail: fondazione@fondazionesospiro.it

INFORMATIVA PRIVACY RICHIESTA INSERIMENTO LISTA DI ATTESA RSA

Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e D.lgs. 101/2018

Per formulare istanza di ingresso nella RSA di Fondazione è necessario fornire da una serie di dati personali del richiedente ricoverando e dei suoi familiari. Questi dati sono di natura comune e particolare.

1) QUALI DATI SONO NECESSARI PER ACCOGLIERE E VALUTARE LA DOMANDA DI RICOVERO?

- Nome, Cognome, Data di nascita, Domicilio, Recapito telefonico, Indirizzo mail; Cod. Fisc., copia tessera sanitaria;
- Stato civile, titolo di studio, ultima occupazione, medico curante.
- Copia eventuale verbale stato di invalidità ed esenzioni
- Tipo di pensione percepita ed eventuale assegno di accompagnamento;
- Condizioni abitative al momento della domanda;
- Stato di salute generale, assunzione di medicinali, tossico dipendenza, sieropositività, presenza di handicap, sanità mentale, esiti medici precedenti ecc;
- Dati giudiziari
- Nome cognome grado di parentela indirizzo numero telefonico ed e mail dei parenti o persone di riferimento
- Nome, Cognome, Domicilio, Recapito telefonico, Indirizzo mail, del tutore/amministratore di sostegno/familiare che presenta la domanda per conto del richiedente il ricovero;
- Certificazione medica attestante lo stato di salute del richiedente il ricovero redatta dal proprio medico curante o specialista;
- Eventuali certificazioni vaccinali o analoghe imposte dall'Autorità Sanitaria o richieste dalla Struttura a tutela e prevenzione del diffondersi di epidemie o virus.

2) A QUALE SCOPO UTILIZZIAMO I DATI PERSONALI?

I dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente per valutare la richiesta di ricovero e compilare la lista di attesa. All'atto dell'eventuale ricovero verrà sottoposta nuova e specifica Informativa.

3) PER QUANTO TEMPO POTREMO CUSTODIRE I DATI PERSONALI?

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 del Reg. UE n. 2016/679 e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, modifica, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo; interconnessione, blocco, limitazione, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Suoi dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico. Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra. In particolar modo il trattamento avrà una durata non superiore a quella necessaria agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e secondo i termini di legge previsti dalla Delibera Giunta Regione Lombardia n. X/325 del 27/06/2013 e s.m.i.

4) A QUALI SOGGETTI ESTERNI ALLA FONDAZIONE POTREMMO COMUNICARE LE INFORMAZIONI ACQUISITE?

I dati potranno essere resi accessibili per le finalità di cui sopra a:

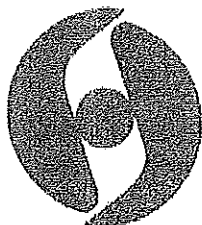
- dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di incaricati interni al trattamento, Responsabili Interni al trattamento e amministratore di sistema;
- società terze quali: Legali, Società di manutenzione del software, operanti come Responsabili esterni del trattamento.

Senza la necessità di un espresso consenso (art. 6 Reg. UE n. 2016/679), il Titolare potrà comunicare i Suoi dati per le finalità di cui al punto 2: Ats; Asst; Regioni; Comuni; Tribunali; all'Autorità Giudiziaria;

Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento.

5) DA CHI POTREMMO RICAVERE INFORMAZIONI SUGLI OSPITI?

I dati oggetto del trattamento possono essere acquisiti per tramite del richiedente ricovero o della figura di riferimento Posta a tutela dello stesso (Ads; Tutore; Curatore, familiare) o dal familiare di riferimento.



FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: www.fondazionesospiro.it - Mail: fondazione@fondazionesospiro.it

6) POSSONO ESSERE TRASFERITI DATI IN PAESI EXTRA UE?

Non si effettua trasferimento di dati in paesi Extra Ue.

7) SONO OBBLIGATO A FORNIRE DATI PERSONALI? CHE COSA ACCADE SE MI RIFIUTO DI FORNIRE IL CONSENSO?

Il conferimento dei dati per le finalità di cui sopra è strettamente necessario. In loro assenza, infatti, non potremo accogliere la richiesta, sottoporla a valutazione ed inserire il richiedente in lista di attesa.

8) QUALI SONO I TUOI DIRITTI E A CHI TI PUOI RIVOLGERE?

In base al Reg.to UE 2016/679, Cap. III:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
 - d. copia delle informazioni in nostro possesso in un formato comune e interoperabile;
 - e. la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi, in tutto o in parte: per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;Inoltre, l'interessato ha il diritto di:
 - f. revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca;
 - g. proporre reclamo ad un'Autorità di Controllo;E' possibile richiedere al titolare, una "DICHIARAZIONE DI ATTESTAZIONE" idonea a certificare che le richieste avanzate siano state effettivamente risolte e portate a conoscenza di coloro ai quali erano stati precedentemente diffusi e comunicati i dati. In quanto soggetto interessato, Lei potrà anche delegare una terza persona con una copia della procura ovvero della delega sottoscritta in presenza di un incaricato o sottoscritta e presentata unitamente a una fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento dell'interessato. Il titolare è tenuto a dare riscontro alla richiesta entro 30 giorni dalla data di inoltro o altri 30 giorni nel caso in cui la risposta sia problematica, in ogni caso entro il 30 esimo giorno. Le verrà data comunicazione scritta delle motivazioni del ritardo. Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando una raccomandata o una e-mail al Titolare.

9) DATI DI CONTATTO

Titolare del Trattamento dei Dati personali: FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO, Piazza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR), fondazione@fondazionesospiro.it

Referente del Trattamento dei Dati personali: Dott. Ferruccio Giovetti, Piazza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR), Ferruccio.giovetti@fondazionesospiro.it, tel 03726201

Responsabile della protezione dei dati personali: Dott.ssa Virginia G. Basiricò, Piazza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR), rpd@fondazionesospiro.it, tel 03726201

Trattamento

Il Titolare del

Il Presidente
SCOTTI Giovanni
SCOTTI Giovanni