



CASA DI RIPOSO

"PIETRO FEDI",

Via del Convento, 8  
53017 RADDA IN CHIANTI - SIENA  
Tel e Fax 0577 - 738350  
e-mail: [casadiriposofedi@libero.it](mailto:casadiriposofedi@libero.it)

**DOMANDA DI AMMISSIONE IN R.S.A.**

**Mod. SUR/A**  
**01/09/2003**

## Casa di Riposo Pietro Fedi

Casa di Riposo P. Fedi  
Ramo ONLUS della Parrocchia S. Niccolò

Via del Convento n. 8 – 53017 Radda in Chianti (Si)  
Tel. 0577 738350 – Fax 0577 738916  
e-mail: [info@casadiriposofedi.it](mailto:info@casadiriposofedi.it)

(Il seguente questionario anagrafico-clinico deve essere compilato dal proprio medico di fiducia).

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>
----------------	-------------

nato/a il	A	Pr.
stato civile		
Codice fiscale		

Professione:	attuale	precedente
--------------	---------	------------

RESIDENZA:

Via	N°	città
tel. /		

POSIZIONE SANITARIA:

N° Libretto sanitario	
Tipo di esenzione	

PARENTI A CUI FAR RIFERIMENTO PER EVENTUALI COMUNICAZIONI:

Cognome	Nome	Grado di parentela	Tel.

Data e Firma compilatore \_\_\_\_\_

***ANAMNESI FAMILIARE:***

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

***ANAMNESI FISIOLOGICA:***

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

***ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:***

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

***ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:***

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**TERAPIE IN ATTO:**

- Nessuna       Fisica       Dietetica       Farmacologica (specificare)

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

## PATOLOGIE IN ATTO

### **SISTEMICHE:**

	SI	NO
APPARATO RESPIRATORIO		
APPARATO DIGERENTE		
APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO		
APPARATO OSTEO-ARTICOLARE		
VIE URINARIE (Cateterismo, ecc.)		
DISTURBI DEL SONNO		
IPERTENSIONE		
DIABETE (Specificare se insulinodipendente)		

### **NELL'ULTIMO PERIODO SONO STATI EFFETTUATI MARKER DELL'EPATITE ?**

SI	NO
----	----

**Se SI compilare lo schema seguente:**

MARKER	DATA DI ESECUZIONE	Positivo	Negativo
Hbs Ag			
Anti Hbs Ag			
Anti Core			
HB e Ag			
Anti HB e Ag			
Anti HCV			
PCR x RNA virale			

### **PSICHIATRICHE:**

	SI	NO
DEPRESSIONE		
ANSIA		
SCHIZOFRENIA (Indicare se precedente ricovero presso strutture psichiatriche aperte o chiuse <b>SI NO</b> )		

### **NEUROLOGICHE:**

	SI	NO
PATOLOGIE CEREBROVASCOLARI (Ictus,		
TUMORI CEREBRALI		
PATOLOGIE INFETTIVE		
DEMENZE TIPO M.I.D. e/o S.D.A.T.		
DEFICIT MNESICI		
DISTURBI DEL LINGUAGGIO		

## **SCHEDA DI AUTOSUFFICIENZA**

### **VALUTAZIONE AUTONOMIA MOTORIA**

	autonomia	Possibile solo con sostegno	Dipendente da terzi	Solo con carrozzina	Impossibile (allettato)
DEAMBULAZIONE IN PIANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIZZO DI SCALINATE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USCIRE PER STRADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SENSORIO:

	Deficit completo	Efficiente con ausilio (apparecchi, occhiali, etc.)	Lieve deficit	Non deficit
VISTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UDITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TATTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OLFATTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GUSTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### E' CAPACE DI:

	autonomo	Da solo ma con difficoltà	Solo con aiuto	Completamente incapace
VESTIRSI E/O SPOGLIARSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALZARSI E/O ANDARE A LETTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANGIARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FARE IL BAGNO E/O LA DOCCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIZZARE I SERVIZI IGIENICI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VARIE:

	SI	NO
HA PROTESI DENTARIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISULTA INCONTINENTE PER LE URINE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISULTA INCONTINENTE PER LE FECI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVENTUALI ALTRE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

In base alla sua conoscenza del paziente ritiene che il suo assistito possa essere ritenuto

- Autosufficiente
- Non autosufficiente

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico curante

Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_