



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

Mod. SUR/A  
Rev 15/07/2022

## RSA 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 modulo anagrafico-clinico deve essere compilato dal proprio MMG

Cognome	Nome

Data di nascita	Luogo di nascita	Codice fiscale

Stato civile	Nome del coniuge (anche se deceduto/a)	
<input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a	<input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> libero/a	

RESIDENZA			
Via/Piazza	n. civico	Comune	Provincia

## CONTATTI DI RIFERIMENTO:

Cognome	Nome	ADS o grado parentela	Telefono e indirizzo email

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

Via del Convento n. 8 – 53017 Radda in Chianti (Si)



## SCHEDA DI NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSA

Assenza malattie infettive

Presenza malattie infettive

### DIAGNOSI

Indicare la diagnosi per esteso. Inoltre barrare il rettangolo corrispondente alla malattia nell'elenco sottostante. Le malattie sono nell'ordine di pubblicazione della G.U. n.6 dell'8-1-1991. (COMPILAZIONE A CURA DEL MMG)

- 01 AIDS
- 02 BLENORRAGIA
- 03 BRUCCELLOSI
- 04 BUTULISMO
- 05 COLERA
- 06 DERMATOFITOSI
- 07 DIARREE INFETTIVE NON DA SALMONELLE
- 08 DIFTERITE
- 09 EPATITE VIRALE A
- 10 EPATITE VIRALE B
- 11 EPATITE VIRALE NANB
- 12 EPATITE VIRALE NON SPECIFICATA
- 13 FEBBE GIALLA
- 14 FEBBRE RICORRENTE EPIDEMICA
- 15 FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI
- 16 FEBBRE TIFOIDE
- 17 INFEZIONI, TOSSINFEZIONI ED INFESTAZIONI DI ORIGINE ALIMENTARE
- 18 INFLUENZA CON ISOLAMENTO VIRALE
- 19 INFLUENZA CON ISOLAMENTO VIRALE
- 20 LEGIONELLOSI
- 21 LEISHMANIOSI
- 22 LEISHMANIOSI VISCERALE
- 23 LEPTOSPIROSI
- 24 LISTERIOSI
- 25 MALARIA
- 26 MENINGITE ED ENCEFALITE ACUTA VIRALE
- 27 MENINGITE MENINGOCOCCA
- 28 MICROBATTERIOSI NON TUBERCOLARE
- 29 MORBILLO
- 30 PAROTITE
- 31 PEDICULOSI
- 32 PERTOSSE
- 33 POLIOMELITE
- 34 RICKETTIOSI DIVERSA DA TIFO ESENTEMATICO
- 35 ROSOLIA
- 36 SALMONELLOSI
- 37 SCABBIA
- 38 SCARLATTINA
- 39 SIFILIDE
- 40 TETANO
- 41 TIFO ESENTEMATICO
- 42 TRICHINOSI
- 43 TUBERCOLOSI
- 44 TULAREMIA
- 45 VARICELLA
- 46 MALATTIA DI CREUTZFELDT – JAKOB
- 47 SINDROME DI GERSTMANN – SRAUSSLER – SCHEINKER
- 48 INSONNIA FAMILIARE LETALE
- 49 EVENTUALI SINDROME CORRELATE

## 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

### NEUROLOGICHE

SI NO

PATOLOGIE CEREBROVASCOLARI

TUMORI CEREBRALI

PATOLOGIE INFETTIVE

DEMENZE TIPO M.I.D. e/o S.D.A.T.

DEFICIT MNESICI

DISTURBI DEL LINGUAGGIO

## 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"/>

## VALUTAZIONE ABILITA' SENSORIALI

	Deficit completo	Efficiente con ausilio (protesi, 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"/>

## VALUTAZIONE CAPACITA' RESIDUE

	autonomo	Da solo ma con difficoltà	Solo con aiuto	Completamente incapace
VESTITI 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"/>
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"/>

## ALIMENTAZIONE

<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Parzialmente Autonoma	<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
<input type="checkbox"/> Libera	<input type="checkbox"/> Dieta	<input type="checkbox"/> Dieta per diabete
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Semiliquida	<input type="checkbox"/> Frullata

## VARIE

	SI	NO
RISULTA INCONTINENTE PER LE URINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISULTA INCONTINENTE PER LE FECI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROVVISTO/A DI PROTESI ACUSTICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROVVISTO/A DI PROTESI DENTARIA	<input type="checkbox"/> SUPERIORE <input type="checkbox"/> INFERIORE	<input type="checkbox"/>
PESO CORPOREO _____		
STATURA _____		

ANAMNESI FAMILIARE:

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

ANAMNESI FISIOLÓGICA:

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

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

Nominativo MMG \_\_\_\_\_

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

Città \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_