

ISTITUTO DI RIPOSO DENINA

Via Alfieri, 29 - 10024 Moncalieri (TO)
Tel. 011.644.050 - fax 011.644.403
email: denina.segreteria@libero.it
posta certificata: segreteria@pec.istitutodenina.it
sito Internet: www.istitutodenina.it

**SCHEDA INFORMATIVA
PARENTI E PRIVACY
(allegato A)**

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di avere i seguenti
parenti - amici di riferimento:

| nominativo | indirizzo | n. telefonici di riferimento | grado di parentela (garante) |
|------------|-----------|------------------------------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ai sensi del D.Lgs 196/2003, art. 23, "Codice in materia di protezione dei dati personali" il sottoscritto _____ autorizza la Direzione dell'Istituto Denina al trattamento dei propri dati personali unicamente per le finalità connesse al ricovero.

Moncalieri, li _____

FIRMA

ISTITUTO DI RIPOSO DENINA

Via Alfieri, 29 - 10024 Moncalieri (TO)
Tel. 011.644.050 - fax 011.644.403
email: denina.segreteria@libero.it
posta certificata: segreteria@pec.istitutodenina.it
sito Internet: www.istitutodenina.it

**SCHEDA INFORMATIVA
RETTA
(allegato B)**

Il/La sottoscritto/a _____, nella propria qualità di
1 _____ di _____ richiedente l'ingresso presso
l'Istituto di Riposo DENINA, obbligato ex art. 433 Codice Civile alla corresponsione della retta
mensile per il soggiorno presso la medesima Struttura,

DICHIARA

di accettare tutte le norme contenute nel vigente Regolamento di Funzionamento della Struttura;
di aver preso visione dei servizi offerti dalla Struttura ed illustrati nella Carta dei Servizi dell'ente;

SI IMPEGNA

formalmente al pagamento della retta mensile, come segue:

- Se Ospite **autosufficiente**: retta alberghiera mensile pari ad **Euro 1.300,00**
Se Ospite **semi-autosufficiente**: retta alberghiera + quota sanitaria : **Euro 1.800,00**
Se Ospite **non autosufficiente**: retta alberghiera + retta sanitaria : **Euro 2.300,00**

ACCETTA

- Le riserve del Consiglio di Amministrazione in merito all'eventuale revisione periodica della retta, e rivalutazione ISTAT;
- Eventuali revisioni della retta operate dalla Direzione dell'Ente in base all'evoluzione delle condizioni di salute dell'Ospite e della maggiore assistenza socio-sanitaria dovuta, come previsto dalla normativa vigente.
- Al termine del periodo di osservazione di n. 30 giorni, in caso di esito negativo si impegna a lasciare l'Istituto ed al pagamento della retta per il periodo di utilizzo del posto letto.
- In caso di decesso o dimissioni la retta non verrà restituita.

Moncalieri, li _____

FIRMA _____

¹ Indicare l'esatto grado di parentela (scrivere ME MEDESIMO in caso di persona autosufficiente)

ISTITUTO DI RIPOSO DENINA

Via Alfieri, 29 - 10024 Moncalieri (TO)
Tel. 011.644.050 - fax 011.644.403
email: denina.segreteria@libero.it
posta certificata: segreteria@pec.istitutodenina.it
sito Internet: www.istitutodenina.it

**SCHEDA SOCIO
SANITARIA
(allegato C)****CERTIFICATO MEDICO****Documento complementare alla domanda d'ammissione in Struttura**

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Provenienza: domicilio ospedale altra struttura socio-assistenziale
 ospedale riabilitazioneDipendenze da: fumo alcool farmaci altro _____Malattie infettive: mai avute avute e risolte in atto _____**CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE (crocetta sulla situazione):** buone discrete scadenti obesità**ANAMNESI:** __________
_____**A - INSUFFICIENZE MOTORIE E SENSORIALI :**

La persona necessita di ausili relativi a insufficienze:

A1 - INSUFFICIENZE MOTORIE (crocetta sulla situazione) nessun ausilio in dotazione una gruccia due grucce bastone tripode girello/deambulatore carrozzina pieghevole carrozzina carrozzina con vassoio carrozzina con divaricatore protesi di gamba protesi di coscia busto protesi protesi di mano articolari d'avambraccio protesi di braccio portatore di tutore allettato necessità di contenzioni sponde letto cinture/fasce addominali pettorina con incrocio fascia di contenzione notturna altro _____

A2 - VISIVE (crocetta sulla situazione)

- occhiali occhiali per tv occhiali per lettura occhiali per lavorare
 occhiali autogestiti occhiali per camminare in strada ipovedente non vedente completamente dipendente parzialmente dipendente
 autonomo dopo ambientazione nessun ausilio

A3 - UDITIVE (crocetta sulla situazione)

- è sordo/a (comprende però il linguaggio muto) apparecchio acustico sempre
 apparecchio acustico talvolta nessun ausilio ausilio autogestito
 comunica con scrittura

A4 - COMUNICAZIONE ORALE (crocetta sulla situazione)

- comunicazione libera afasia parziale e/o comunque comprensibile
 afasico cause _____
 laringectomizzato utilizzo larinfono non utilizzo larinfono
 autogestione

B - STATI MORBOSI PREGRESSI E/O IN ATTO

Apparato circolatorio _____

Apparato digerente _____

Apparato respiratorio _____

Apparato urogenitale _____

Sistema endocrino _____

Neuroartopatie _____

Psiche _____

disturbi nervosi _____

Affetto da morbo di :

Alzheimer Parkinson altro _____

diabete tipo _____ insulinodipendente **non** insulinodipendente

seguito dalla diabetologa intossicazioni croniche (specificare)

 allergie a farmaci _____

intolleranze alimentari _____

B1 - STATO MENTALE (crocetta sulla situazione)

- lucido apatico confuso agitato orientato spazio
 tempo violento/a

B2 - DEAMBULAZIONE (crocetta sulla situazione)

- completa limitata non limitata instabile

Necessita di (crocetta sulla situazione) :

- fisioterapia mobilitazione attiva mobilitazione passiva

B3 - CONTROLLO DEGLI SFINTERI (crocetta sulla situazione)

- continente doppia incontinenza incontinenza urinaria
 portatore di catetere _____ soggetto con ano artificiale
 fornitura pannoloni forniture traversine _____
altro _____ controllo della colostomia placca tipo _____
 sacchetto tipo _____

B4 - ATTIVITA' (crocetta sulla situazione)

- autonoma costretto a letto costretto in poltrona
 costretto carrozzella automanovrata si sposta solo con aiuto di terzi
 deambula esclusivamente con deambulatore deambula anche con deambulatore

La persona ha bisogno d'altra persona :

- nel camminare nel vestirsi nel mangiare nel lavarsi
 nell'alzarsi dal letto nell'uso dei servizi igienici

C - ALIMENTAZIONE (crocetta sulla situazione)

- dieta normale frullati semi liquida

Prescrizioni dietetiche per:

- diabete insufficienza renale ipertensione obesità
 ulcera gastrica colite cirrosi epatica masticazione difettosa cronica
 disfagia integratori alimentari sondino naso gastrico
 PEG altro _____

C1 - MASTICAZIONE (crocetta sulla situazione) :

- sufficiente insufficiente denti propri ha protesi dentaria
 superiore inferiore altro _____

D - PRESCRIZIONI INFERMIERISTICHE (crocetta sulla situazione):

- medicazione piaghe da decubito lavande vaginali impacchi
medicamentosi frizioni cutanee sostituzione/manutenzione catetere
permanente perette e clisteri evacuanti igiene del cavo orale
 altro _____

Eventuali pratiche sanitario-infermieristico in corso : _____

E - SITUAZIONE DELLA CUTE :

- presenze di ulcere venose altro _____

F - CONTROLLI SPECIALISTICI DA EFFETTUARSI (crocetta sulla specialità):

- psichiatria/équipe di salute mentale cardiologia urologia
 ortopedia neurologia altro (indicare) _____

G - RICOVERI OSPEDALIERI

Ultimo ricovero _____

Causa _____

IN POSSESSO DI : invalidità ass. accompagnamento
 pratica in corso valutazione U.V.G.

IL PRESENTE CERTIFICATO E' REDATTO DA :

- medico di base medico ospedaliero
 medico di Residenza Socio-Assistenziale
 altro _____

VALUTAZIONE CONCLUSIVA DI DEFINIZIONE DEL GRADO D'AUTONOMIA

AUTOSUFFICIENTE (solo alberghiero)

PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE

(in grado di svolgere senza aiuto le principali attività quotidiane : mangiare, usare i servizi igienici, deambulare, vestirsi, lavarsi)

NON AUTOSUFFICIENTE DI BASSA INTENSITA'

NON AUTOSUFFICIENTI DI MEDIA INTENSITA'

NON AUTOSUFFICIENTE DI ALTA INTENSITA'

DIAGNOSI

TERAPIA IN CORSO

DISPONIBILITA' DEL MEDICO DI BASE A SEGUIRE IL PAZIENTE C/O LA

RESIDENZA SOCIO-ASSISTENZIALE

SI

NO

Data _____

IL MEDICO (timbro e firma)

ISTITUTO DI RIPOSO DENINA

Via Alfieri, 29 - 10024 Moncalieri (TO)
Tel. 011.644.050 - fax 011.644.403
email: denina.segreteria@libero.it
posta certificata: segreteria@pec.istitutodenina.it
sito Internet: www.istitutodenina.it

ELENCO CORREDO PERSONALE

L'Istituto di Riposo Denina ricorda ad ogni nuovo Ospite di portare con sé il giorno del ricovero un **corredo personale**, comprendente la seguente dotazione:

- Occorrente per l'igiene personale e orale (beauty, spazzolino, dentifricio, forbicine, eventuali creme idratanti o cosmetici particolari, rasoi, lime..) *con etichetta*
RECANTE IL NOME DELL'OSPITE;
- N. 10 paia di calze in cotone;
- N. 10 paia di mutande;
- N. 7 canottiere estive e n. 7 magliette invernali;
- N. 5 camicie da notte o pigiami;
- N. 5 tute (per ospiti non autosufficienti) o indumenti normali (per ospiti autosufficienti);
- N. 12 fazzoletti in cotone;
- N. 5 bavaglioli grandi.

Il corredo e la biancheria personale dovranno essere muniti di etichetta termo-resistente recante il nome dell'Ospite.

Si raccomanda ai nuovi Ospiti di depositare **sempre** i propri effetti personali in prossimità del proprio comodino e nell'armadio assegnato al momento dell'ingresso.

Ringraziando per la collaborazione, Vi auguriamo un sereno soggiorno presso la nostra Struttura.

LA DIREZIONE