



# RICOVERO FERDINANDO UBOLDI

Eretto in Ente Morale con D.P.R. n° 2474/30-8-52

Via B. Buozzi, 27 - 20037 Paderno Dugnano (MI)

DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ricovero a tempo determinato dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (tot.gg \_\_\_\_)

ricovero a tempo indeterminato

## IL SIG./LA SIG.RA

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ STATO CIVILE \_\_\_\_\_ SESSO M  F

C.F. \_\_\_\_\_ TESSERA SANITARIA N. \_\_\_\_\_

In questo momento la persona è:

DOMICILIO  ALTRA RSA  OSPEDALE  ALTRO \_\_\_\_\_

## GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA (se diverso dal diretto interessato all'ingresso in RSA)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

marito/moglie  figlio/a  fratello/sorella  altro \_\_\_\_\_

amministratore di sostegno  tutore  (allegare l'atto di nomina del Tribunale)

Altri familiari e/o persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		

RECAPITO TELEFONICO SEMPRE REPERIBILE \_\_\_\_\_

## RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO IL RICOVERO F. UBOLDI

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare al Ricovero l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (accoglienza presso altre strutture, decesso, etc....).

FIRMA LEGGIBILE DI CHI PRESENTA LA DOMANDA \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

## SPAZIO RISRVATO AL RICOVERO F. UBOLDI

NOTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## RELAZIONE CLINICO – ASSISTENZIALE D'INGRESSO

### ATTENZIONE:

LA COMPILAZIONE E' A CURA DEL MEDICO REFERENTE DELL'OSPITE  
(medico di famiglia o medico ospedaliero se ricoverato)

TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI

### DATI DELL'OSPITE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

ETA' \_\_\_\_\_ PESO in Kg \_\_\_\_\_ ALTEZZA in cm \_\_\_\_\_

### ANAMNESI

---

---

---

---

RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' SI  NO  IN CORSO

**Ricoveri ospedalieri recenti** si  no

### **Terapia in atto:**

---

---

---

---

### **Reattività emotiva:**

collaborante   
è estraniato dal mondo circostante   
depressione   
stato ansioso   
agitazione con spunti aggressivi

**È affetto da Morbo di Alzheimer?** si  no



## SITUAZIONE CLINICA ATTUALE – ESAME OBIETTIVO

	1	2	3	4	5	DIAGNOSI
Patologia cardiaca (solo cuore)						
Ipertensione arteriosa (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)						
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)						
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea, laringe)						
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)						
Patologie dell'apparato G.I superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)						
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)						
Patologie epatiche (solo fegato)						
Patologie renali (solo rene)						
Patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)						
Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)						
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)						
Patologie endorfine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)						
Patologie psichiatrico- comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)						

LEGENDA: 1 ASSENTE, 2 LIEVE, 3 MODERATA, 4 GRAVE, 5 MOLTO GRAVE



## **SOSIA CLINICO - ASSISTENZIALE**

### Trasferimento letto sedia

1. necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
2. il paziente collabora ma è necessaria, comunque, la collaborazione di una persona
3. per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
4. occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
5. il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

### Deambulazione

1. dipendenza rispetto alla locomozione
2. necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
3. necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
4. paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
5. paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di percorrere 50 metri senza aiuto e/o supervisione.

### Locomozione su sedia a rotelle

1. paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
2. paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
3. indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo al letto, ecc.
4. riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per tratti difficoltosi
5. autonomo: è in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. ed è in grado di percorrere almeno 50 metri

### Igiene personale

1. paziente non è in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
2. è necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale
3. è necessario assisterlo in una o più circostanze dell'igiene personale
4. è in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
5. totale indipendenza

### Alimentazione

1. paziente totalmente dipendente, va imboccato
2. riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva
3. riesce ad alimentarsi sotto supervisione, l'assistenza è limitata a gesti più complicati
4. paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne e aprire confezioni; la presenza di un'altra persona non è indispensabile
5. totale indipendenza nel mangiare



### Confusione (stato mentale)

1. paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
2. è chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
3. appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4. è perfettamente lucido

### Irritabilità

1. qualsiasi contatto è causa di irritabilità
2. uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
3. mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
4. non mostra segni di irritabilità ed è calmo

### Irrequietezza (stato comportamentale)

1. cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2. appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti
3. mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà a mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti
4. non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

### Incontinenza:

#### urinaria

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale
- d) catetere a permanenza

#### fecale

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale

### lesioni da decubito:

- a) assenti (specificare la sede)
- b) iniziali \_\_\_\_\_
- c) gravi \_\_\_\_\_
- d) multiple \_\_\_\_\_

### nutrizione artificiale:

- a) PEG
- b) SNG
- c) NPT



**Ossigeno terapia:**

- a) No
- b) Solo notturna \_\_\_\_\_l/min
- c) Nelle 24 ore \_\_\_\_\_l/min

**È esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità?**      si  no

**Abusa di sostanze alcoliche?**      no, mai       sì, in passato       sì, attualmente

**Fumatore?**      no, mai       sì, in passato       sì, attualmente

**Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?**      sì       no

Timbro e firma del Medico di famiglia o di Reparto Ospedaliero

---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**N.B. allegare documentazione sanitaria di recenti patologie (referti, dimissioni osped., rx, tac ecc.)**



## NOTE INFORMATIVE DI STRUTTURA

Auspicando di fare cosa gradita, di seguito, riportiamo le principali informazioni riportate nel contratto di ingresso:

- **RICOVERO A TEMPO DETERMINATO:** la retta giornaliera ammonta ad €90,00 ed è da pagarsi in via anticipata entro 5 gg dall'ingresso mediante versamento su c/c bancario o postale o direttamente presso la segreteria del Ricovero mediante assegno. Per motivi di sicurezza non è possibile il pagamento in contanti.
- **RICOVERO A TEMPO INDETERMINATO** la retta è mensile e l'importo ammonta ad €2.500,00 (€80,00/die). Per i primi tre mesi di degenza la retta è pari a €2.600,00 (€83,00/die). La retta, per il primo mese, è da saldarsi entro 5 gg dall'ingresso, mentre per i mesi successivi il pagamento è anticipato e va effettuato entro il giorno 8 di ogni mese, sempre mediante versamento su c/c bancario o postale o direttamente presso la segreteria del Ricovero mediante assegno. Per motivi di sicurezza non è possibile il pagamento in contanti.
- E' facoltà del Consiglio di Amministrazione, annualmente, deliberare modifiche alle rette di degenza come sopra indicate.
- Sono compresi nella retta i seguenti servizi: vitto, alloggio, assistenza infermieristica h24, assistenza medica giornaliera, farmaci, presidi ed ausili (come previsto dalla normativa vigente), servizio di lavanderia per la biancheria piana e per gli indumenti personali, servizio di parrucchiere, custodia beni e valori e, pertanto, si declina ogni responsabilità per beni e valori non depositati nella cassetta di sicurezza del Ricovero F. Uboldi.
- Sono a carico dell'Ospite e della sua famiglia le consumazioni al bar, le prestazioni del podologo e il servizio di trasporto elettivo in ambulanza (il trasporto in regime di urgenza è gratuito e fornito dal SSUEm 118) e quanto non espresso nel contratto.
- Non è previsto alcun rimborso per assenze temporanee (anche ospedaliere), dimissioni e/o decesso sia per il ricovero a tempo indeterminato sia per il ricovero a tempo determinato.
- Il mancato pagamento della retta per un importo pari ad una mensilità determinerà il ricorso alle Autorità competenti per il rivalersi dell'importo mancante e costituisce sin da ora causa di risoluzione unilaterale del contratto da parte del Ricovero F. Uboldi.
- Il Ricovero F. Uboldi consegnerà, annualmente, entro i tempi utili per la presentazione della dichiarazione dei redditi, la certificazione della retta ai fini delle detrazioni fiscali previste dalla legge.
- All'interno del Ricovero F. Uboldi è attivo, per motivi di sicurezza, un servizio di videosorveglianza.
- La Struttura garantisce il rispetto del diritto alla privacy così come stabilito dal Regolamento generale per la protezione dei dati personali n. 679/2016 (o GDPR).
- Al momento dell'ingresso il Ricovero F. Uboldi provvederà a dare comunicazione all'ATS del ricovero e procederà con le azioni conseguenti (cambio del medico).
- La collocazione all'interno della struttura (assegnazione posto letto) è a insindacabile giudizio dell'equipe assistenziale e la stessa può subire variazioni durante il soggiorno.

Per tutto quanto non espressamente sopra indicato, e non riportato nella Carta dei Servizi – che ricordiamo essere parte integrante del contratto di ingresso - la Direzione resta a disposizione per fornire le informazioni mancanti.

Il Direttore Generale  
Dott.ssa *Sabina Liebschner*



PER ESPLICITA APPROVAZIONE DI QUANTO ESPOSTO NEL DOCUMENTO "INFORMATIVA PRIVACY"

Paderno Dugnano, il \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

In quanto impossibilitato a firmare, sottoscrive la presente informativa

Il/La Signore/a \_\_\_\_\_

Coniuge     Figlio/a     Amministratore di sostegno/Tutore     Nipote     Altro \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Abitante in  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cod:Fiscale \_\_\_\_\_

PER ESPLICITA APPROVAZIONE DI QUANTO ESPOSTO NEL DOCUMENTO "INFORMATIVA PRIVACY"

Paderno Dugnano, il \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_