



RSA CASA SANT'ANGELO
PROVINCIA ITALIANA DELLE SUORE MERCEDERIE
Via San Donato, 2 - 21018 Sesto Calende (VA)
Tel. 0331/923260 Fax 0331/921244
Mail: amministrazione@casasantangelo.it

DOMANDA DI AMMISSIONE

Dati anagrafici dell'Ospite:

Nome e Cognome _____

Nata a _____ il _____

Residente a _____

In via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Stato Civile _____ Religione _____

Codice assistito ATS (riportato sulla tessera sanitaria) n. _____

% Invalidità riconosciuta _____ % in corso

Pensione d'indennità di accompagnamento Si No In corso

Informazioni personali

- Numero figli maschi _____ Numero figli femmine _____
- Situazione abitativa (al domicilio):
 - Vive solo;
 - Vive con altra persona (familiare, convivente, ...);
 - Vive sola con badante;
- Titolo di Studio conseguito: _____
- Ultima professione esercitata: _____
- Situazione pensionistica:
 - Nessuna pensione;
 - Anzianità/Vecchiaia (VO);
 - Sociale (PS);
 - Reversibilità (SO);
 - Tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ...)

Provenienza dell'Ospite:

- Accede direttamente dal domicilio
- Dimesso da struttura ospedaliera
- Dimesso da altra struttura (Centro Diurno, ricovero di sollievo, altra RSA, ...)
- Altro _____

Motivo della domanda:

- Ha perso l'autonomia fisica / psichica
- La famiglia non è più in grado di provvedere
- Vive sola
- L'alloggio è inadatto
- Altro _____

Domanda presentata da:

- Personalmente dall'ospite;
- Dal/la Sig./ra _____
Residente a _____
In via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____
Mail: _____
Grado di parentela _____
- Dal Comune di _____
- Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore (allegare Decreto di nomina);
- Altro _____

Eventuali altre persone di riferimento:

Sig./ra _____
Residente a _____
In via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____
Mail: _____
Grado di parentela _____

Sig./ra _____
Residente a _____
In via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____
Mail: _____
Grado di parentela _____

Sig./ra _____
Residente a _____
In via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____
Mail: _____
Grado di parentela _____

Documentazione da allegare alla domanda:

- Stato di Famiglia (anche in carta libera);
- Certificato di Residenza (anche in carta libera);
- Copia Codice Fiscale / Carta Regionale dei Servizi;
- Copia Carta d'Identità;
- Copia Verbale d'Invalidità (se riconosciuta);
- Scheda di certificazione compilata e sottoscritta dal Medico Curante;
- Scheda d'Inserimento compilata dalla famiglia o dal caregiver;
- Dichiarazione al trattamento dei dati personali;
- Obbligazione al pagamento.

L'ammissione dell'Ospite in struttura è subordinata ad un periodo di prova di 60 giorni. Se dopo tale periodo l'esito dell'inserimento risultasse negativo non si procederà con l'ammissione definitiva.

L'Ospite ed i suoi Parenti dichiarano di accettare tutte le norme che regolano l'andamento della struttura.

Luogo _____, Data _____

IL PRESENTATORE DELLA DOMANDA

L'INTERESSATO

N.B. Il seguente dato sarà inserito dal personale della struttura nel momento in cui verrà verificata la corretta compilazione della modulistica e la presenza di tutti i documenti allegati richiesti.

Domanda presentata in data _____

AUTOCERTIFICAZIONE di RESIDENZA e STATO DI FAMIGLIA

(Art. 46 - lettera b) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a in _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____ 

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA di ESSERE RESIDENTE

in⁽¹⁾ _____ (_____)
(comune di residenza) (provincia)

in via/piazza _____
(indirizzo e numero civico)

E CHE FAMIGLIA È COSÌ COMPOSTA:

1) il/la dichiarante

2) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

3) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

4) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

5) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

6) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

7) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

8) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Data _____

(2)
Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

(1) Indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessato/a è iscritto/a.

(2) La firma non va autenticata, nè deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

Art. 74 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445.



RSA CASA SANT'ANGELO
PROVINCIA ITALIANA DELLE SUORE MERCEDERIE
Via San Donato, 2 - 21018 Sesto Calende (VA)
Tel. 0331/923260 Fax 0331/921244
Mail: amministrazione@casasantangelo.it

ELENCO INDUMENTI CONSIGLIATI ESTATE/INVERNO

- Magliette intime (T-shirt in cotone)
- Camicia da notte oppure pigiama
- Cambi vestiti oppure tute
- Fazzoletti (stoffa o carta)
- Mutande (se utilizzate)
- N. 1 Paio di pantofole
- N. 1 Paio di scarpe
- Vestaglia
- Giacca per uscite
- Lenzuola

E' importante che i capi consegnati siano comodi e non eccessivamente delicati.

Ogni capo dovrà essere numerato per evitare spiacevoli inconvenienti, il numero da utilizzare verrà indicato dalla struttura.

Ogni volta che si porta un capo nuovo deve essere numerato e deve essere informato il personale di piano.

 RSA CDI MINIALLOGGI RICHIESTA DI
INVALIDITA'**SCHEDA DI INSERIMENTO**

Informazioni anagrafiche

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ il ___ / ___ / _____

Residente _____ via/piazza _____ n° _____

Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI' NO Ente erogatore _____ Invalidità SI' NO Codice invalidità _____
-----------------------------------	--

Modalità di gestione del reddito	Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--

Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
--	--

Medico di Assistenza Primaria	Dott./Dott.ssa _____ Tel.....
-------------------------------	----------------------------------

Servizi di supporto in atto (assistente domestica, ADI, servizio pasti a domicilio, CDI, ecc...)	
--	--

Provenienza Domicilio, Ospedale, SDR, RSA, altro	
--	--

Parte per la famiglia/caregiver

Parte per la famiglia/caregiver

Diete particolari	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____
Comportamenti auto lesivi	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____
Fumo	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Alcol	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Interessi attuali Lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Capacità di nutrirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Necessita di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato <input type="checkbox"/>
Masticazione	Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca <input type="checkbox"/>
Protesi dentarie	NO <input type="checkbox"/> SI' la usa <input type="checkbox"/> SI' ma non la usa <input type="checkbox"/>
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Bagno/doccia	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Continenza vescicale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere <input type="checkbox"/>
Continenza intestinale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/>
Uso dei servizi igienici	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Capacità di vestirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Vista	Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Ipo visus/cecità <input type="checkbox"/>
Udito	Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Ipoacusia/sordità <input type="checkbox"/>
Capacità di leggere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Capacità di scrivere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Linguaggio	Normale <input type="checkbox"/> Alterato <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Mobilità	Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato <input type="checkbox"/>
Capacità di salire le scale	Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado <input type="checkbox"/>
Trasferimento letto/carrozzina/poltrona	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado <input type="checkbox"/>
Uso della sedia a rotelle	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Autonomo nell'uso SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ausili utilizzati	Nessuno <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare quali _____ Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____ Il ____/____/____
Accetta la terapia	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Assume la terapia autonomamente	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Sonno - riposo	Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Aggressività	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/>
Tendenza alla fuga/perdersi	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/>
Cadute negli ultimi 6 mesi	SI' <input type="checkbox"/> Numero cadute _____ NO <input type="checkbox"/>
Utilizza una contenzione	SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____ _____ NO <input type="checkbox"/>
Previsione di contatti con il paziente (es. n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

ALL'ATTO DEL RICOVERO, SI RACCOMANDA DI CONSEGNARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELL'OSPITE

data

firma

.....

.....

RSA CDI MINIALLOGGI RICHIESTA DI INVALIDITA'**SCHEDA DI INSERIMENTO****CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

Informazioni anagrafiche

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ il __ / __ / ____

Residente _____ via/piazza _____ n° _____

Parte per il Medico curante

Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)

Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse

Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti

Dispositivi in uso	Catetere vescicale Sondino naso-gastrico PEG Catetere venoso centrale Pace-maker ICD (defibrillatore) Tracheostomia Stomie Broncoaspirazione Porth-a-cath Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno Ventilatore per insuff. respiratorie gravi
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (<i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i>), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) ALLERGIE	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì specificare

Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> Stabile	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> Moderatamente stabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> Moderatamente instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> Instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> Acuzie	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si richiede visita domiciliare: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--

data

firma

.....

.....

INFORMATIVA SULLA PRIVACY



RSA CASA SANT'ANGELO
PROVINCIA ITALIANA DELLE SUORE MERCEDERIE
Via San Donato, 2 - 21018 Sesto Calende (VA)
Tel. 0331/923260 Fax 0331/921244
Mail: amministrazione@casasantangelo.it

INFORMATIVA EX ART. 13 D.lgs. N.196/2003 PER TRATTAMENTO DATI PERSONALI DEGLI OSPITI

Gentile Signore/a,
ai sensi dell'articolo 13 del D. lgs. 196/2003, Le forniamo le seguenti informazioni:

1 – I dati personali da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per il soggiorno presso la nostra struttura, nonché per ogni adempimento di legge;

2 – I dati personali definiti come “dati sensibili” o come “dati giudiziari” dalla legge, che Lei ci fornisce in questo momento e quelli che ci fornirà successivamente, saranno trattati dalla RSA Casa Sant’Angelo secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e di regolamento ed in considerazione della finalità che la struttura persegue. Le ricordiamo che i dati sensibili sono quei dati personali “idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l’adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale”. I dati giudiziari sono quei dati personali idonei a rivelare procedimenti o provvedimenti di natura giudiziaria;

3 – I dati di Immagine che lei ci fornisce, non avranno limiti di tempo, ai sensi degli artt. 10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, e saranno utilizzati per la pubblicazione delle proprie immagini sul sito internet, su carta stampata e/o su altri mezzi di diffusione, inoltre la informiamo che le foto stesse saranno conservate negli archivi informatici della RSA Casa Sant’Angelo. Lei potrà revocare tale consenso in ogni momento attraverso comunicazione scritta da inviare via posta comune o e-mail alla Direzione Generale nella persona di Sr Eleuteria Ferrari.

4 – Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio in quanto previsto dalla normativa vigente: l’eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare il mancato perfezionamento dell’accesso alla nostra struttura e l’impossibilità di fornire all’ospite tutti i servizi necessari per il soggiorno;

5 – Il trattamento sarà effettuato sia con modalità manuali che, eventualmente, mediante l’uso di procedure informatiche;

6 – I dati sensibili e giudiziari non saranno oggetto di diffusione; tuttavia alcuni di essi potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici nella misura strettamente indispensabile per svolgere attività istituzionali previste dalle vigenti disposizioni in materia sanitaria o giudiziaria;

7 – I dati personali, diversi da quelli sensibili e giudiziari, potranno essere comunicati esclusivamente a soggetti pubblici secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e di regolamento;

8 – Il titolare del trattamento dei dati è la Direzione Generale nella persona di Sr Eleuteria Ferrari o suo delegato;

9 – Al titolare del trattamento o suo delegato Lei potrà rivolgersi senza particolari formalità, per far valere i Suoi diritti, come previsto dall’art. 7 del D.lgs. 196/2003.

La Direzione Generale
Sr Eleuteria Ferrari

Il sottoscritto (parente).....

in qualità di parente dell’ospite (nome e cognome ospite).....

dichiara di aver letto la presente informativa, di cui all’art.13 del D.lgs. 196/2003, ed acconsente al trattamento dei dati personali, con le modalità e per le finalità in esso indicate.

Sesto Calende,

Firma.....

PROSPETTO TARIFFE



RSA CASA SANT'ANGELO ONLUS
PROVINCIA ITALIANA DELLE SUORE MERCEDERIE
Via San Donato, 2 - 21018 Sesto Calende (VA)
Tel. 0331/923260 Fax 0331/
Mail: amministrazione@casasantangelo.it

PROSPETTO TARIFFE GIORNALIERE

TIPOLOGIA CAMERA	TARIFFA GIORNALIERA
CAMERA LETTO SINGOLO	€ 65,00/giorno
CAMERA A DUE LETTI	€ 60,00/giorno
CAMERA A TRE LETTI	€ 60,00/giorno

Il costo giornaliero della retta è comprensivo della quota sanitaria (attività socio-sanitarie-assistenziali, fisioterapia, animazione ed infermieristica) e della quota alberghiera (ristorazione, lavanderia e pulizie).

LA DIREZIONE
F.to Sr Eleuteria Ferrari



RSA CASA SANT'ANGELO
PROVINCIA ITALIANA DELLE SUORE MERCEDERIE
Via San Donato, 2 - 21018 Sesto Calende (VA)
Tel. 0331/923260 Fax 0331/921244
Mail: amministrazione@casasantangelo.it

OBBLIGAZIONE DI PAGAMENTO

Il sottoscritto/a _____

Indirizzo _____

Codice Fiscale _____

In qualità di _____

Della Sig.ra _____

Ad ogni effetto di legge, con la presente:

- Si obbliga a pagare entro il giorno 10 di ogni mese la retta in vigore presso la R.S.A. Casa Sant'Angelo per la degenza del proprio congiunto tramite Bonifico su Conto Corrente Bancario oppure tramite assegno.
- Dichiara di conoscere e di accettare che la retta della prima mensilità sarà calcolata dal giorno di ingresso all'ultimo giorno del mese.
- Si obbliga a versare, il giorno stesso dell'inserimento del proprio congiunto in R.S.A. Casa Sant'Angelo, il bonifico del primo mese di inserimento come di sopra esposto.
- Si impegna a rispettare le norme regolamentari della R.S.A. Casa Sant'Angelo sia attuali che future.
- Dichiara specificatamente di conoscere e accettare che la misura delle rette che può variare, in rapporto al costo del vitto e dei vari servizi.

I versamenti in conto retta debbono essere effettuati dagli ospiti o da chi per essi a rate mensili anticipate.

In caso di assenza dei ricoverati per qualsiasi motivo, deve essere corrisposta la retta nella misura intera.

La disponibilità del posto potrà cessare con provvedimento del Direttore Generale tenuto conto, soprattutto, della prolungata durata dell'assenza e della necessità di accogliere domande di ricovero di altre anziane.

Sesto Calende, data _____

In fede _____