



FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
DESENZANO DEL GARDA (BS)

RICHIESTA DI RICOVERO TEMPORANEO

Mod. 1.1.8 – rev. 1 del 03/2025

Cognome: _____ nome _____; età: _____;

Residenza: _____ (_____); Tel.: ____/____/____;

caregiver: _____ (_____); Tel.: ____/____/____;

provenienza: ☐ I.D.R. ☐ Domicilio ☐ Ospedale ☐ Altra R.S.A.: _____;

Periodo richiesto: ☐ 1 mese; ☐ 2 mesi; ☐ 3 mesi; ☐ dal ____/____/____ al ____/____/____

RISERVATO UFFICIO SEGRETERIA

Richiedente già inserito in graduatoria per ric. definitivo: ☐ NO ☐ SI: classe S.OS.I.A. _____

Persona che consegna la richiesta _____ (Grado di parentela)

tel.: ____/____/____ cell. ____/____/____ e-mail _____

Data presentazione richiesta ____/____/____ n° protocollo _____

Il richiedente

per l'ufficio segreteria

(firma)

(firma)

RISERVATO DIREZIONE SANITARIA

Esito finale della domanda: ☐ idoneo; ☐ non idoneo;

Note: _____

Data ____/____/____

firma e timbro



FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
DESENZANO DEL GARDA (BS)

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE / SPECIALISTA

Mod. 1.1.2 – rev. 2 del 03-2025

Sig./Sig.ra _____ Data di nascita _____

SEZIONE PATOLOGIE IN ATTO

	ASSENTE	LIEVE	MODERATA	GRAVE	MOLTO GRAVE
CARDIACA (solo cuore)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
VASCOLARI (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
IPERTENSIONE (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
RESPIRATORIE (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
APPARATO G.I. SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
APPARATO G.I. INFERIORE (intestino, ernie)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
EPATICHE (solo fegato)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
RENALI (solo rene)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
SISTEMA MUSCOLO- SCHELETRICO-CUTE (muscoli, scheletro, legamenti)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO (non include la demenza)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
ENDOCRINE – METABOLICHE (include diabete, infezioni, stati tossici)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
PSICHIATRICO – COMPORTAMENTALI (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					

Legenda patologie in atto:

1-Assente nessuna compromissione di organo/sistema

2-Lieve la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es.abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)

3-Moderato la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture)

4-Grave la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare,scompenso cardiaco)

5-Molto grave la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia)



FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE DESENZANO DEL GARDA (BS)

	Dipendenza completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza
<u>FUNZIONE</u>					
	1	2	3	4	5
DEAMBULAZIONE	☐	☐	☐	☐	☐
LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE	☐	☐	☐	☐	☐
SCALE	☐	☐	☐	☐	☐
TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	☐	☐	☐	☐	☐
USO DEL WC	☐	☐	☐	☐	☐
CONTINENZA INTESTINALE	☐	☐	☐	☐	☐
CONTINENZA URINARIA	☐	☐	☐	☐	☐
ALIMENTAZIONE	☐	☐	☐	☐	☐
VESTIRSI	☐	☐	☐	☐	☐
IGIENE PERSONALE	☐	☐	☐	☐	☐
BAGNO/DOCCIA	☐	☐	☐	☐	☐
<u>DISTURBI DEL COMPORTAMENTO</u>	☐	☐	☐	☐	☐
CONFUSIONE	☐	☐	☐	☐	☐
IRRITABILITA'	☐	☐	☐	☐	☐
IRREQUIETEZZA	☐	☐	☐	☐	☐
<u>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</u>	☐	☐	☐	☐	☐
CAPACITA' DI COMUNICARE	☐	☐	☐	☐	☐
VISTA	☐	☐	☐	☐	☐
UDITO	☐	☐	☐	☐	☐

DEMENZA: NO ☐ SI ☐ se si MMSE /30

DISTURBI COMPORTAMENTALI NO ☐ SI ☐

- ☐ Deliri
- ☐ Agitazione
- ☐ Ansia Euforia/esaltazione
- ☐ Disinibizione
- ☐ Attività motoria (wandering)
- ☐ Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione

- ☐ Allucinazioni
- ☐ Depressione/disforia
- ☐ Apatia/indifferenza
- ☐ Irritabilità/labilità
- ☐ Sonno



FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE DESENZANO DEL GARDA (BS)

MALATTIA PROGRESSIVA S.N.C.: ☐ NO ☐ SI

ESITI DI ICTUS: ☐ NO ☐ SI

RECENTI FRATTURE (ultimi 6 mesi):
.....

TRAUMA/INTERVENTO CHIRURGICO: ☐ NO ☐ FRATTURA FEMORE ☐ ALTRE FRATTURE

DIPENDENZA ☐ NO ☐ ALCOOL ☐ STUPEFACENTI ☐ ALTRO

NEOPLASIA MALIGNA: ☐ NO ☐ SI

LESIONI DA DECUBITO ☐ NO ☐ SI

CATETERE URINARIO ☐ NO ☐ SI

CONTENZIONE PERMANENTE ☐ NO ☐ SI ☐ SOLO SPONDINE

AUSILI PER IL MOVIMENTO ☐ NO ☐ bastone/gruccia ☐ arto artificiale
☐ carrozzina

GESTIONE INCONTINENZA ☐ NO
☐ catetere vescicale ☐ ano artificiale ☐ presidi assorbenti

GESTIONE DIABETE ☐ NO ☐ solo dieta ☐ antidiabetici orali ☐ insulina

ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE ☐ NO ☐ Sondino Naso Gastrico
☐ PEG ☐ RIG ☐ Parenterale Totale

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ☐ NO
☐ O2 Terapia (L/min:) ☐ ventilazione assistita
☐ invasiva

TRATTAMENTO DIALITICO ☐ NO
☐ dialisi peritoneale ☐ dialisi extracorporea
(n° _____ volte/sett)

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO:

Data ____/____/____

Firma e Timbro del Medico
