DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spett.le

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA DI BRENTONICO

PROTOCOLLO

Via Balista, 7

38060 BRENTONICO (TN)

Oggetto: Domanda di accoglimento presso l’Azienda Pubblica di Servizi alla persona di Brentonico.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Compilare solo se diverso dalla Residenza*

Domiciliato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_

in qualità di RICHIEDENTE

FAMIGLIARE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tipologia di parentela con la persona per la quale viene inoltrata la domanda )

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE

ALTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del/della Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*Compilare solo se diverso dalla Residenza*

Domiciliato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_

con la presente inoltra formale richiesta di accoglimento in Azienda Pubblica di Servizi alla Persona di Brentonico

**nelle seguenti tipologie di servizio *(Barrare le voci interessate)***

RSA

|  |  |
| --- | --- |
| Accoglimento in RSA, posto autorizzato e accreditato per persone NON autosufficienti a pagamento | tempo determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fino a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  tempo indeterminato  ***Nome del medico curante***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Casa di Soggiorno

|  |  |
| --- | --- |
| Accoglimento in Casa di Soggiorno, posto autorizzato per persone autosufficienti o parzialmente autosufficienti a pagamento | tempo determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  tempo indeterminato  ***Nome del medico curante***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Centro Diurno

|  |  |
| --- | --- |
| Accoglimento al Centro Diurno, posto autorizzato e non convenzionato a pagamento | **Servizi richiesti:**   * giorni settimanali n° \_\_\_\_\_ preferibilmente il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * intera giornata * solo mattino * solo pomeriggio * pranzo * cena * trasporto andata * trasporto ritorno * pernottamento presso Albergo convenzionato SI NO * bagno SI NO * doccia SI NO   ***Nome del medico curante***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Centro Servizi

|  |  |
| --- | --- |
| Accoglimento al Centro Servizi, posto autorizzato a pagamento | **Servizi richiesti:**   * giorni settimanali n° \_\_\_\_\_ preferibilmente il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * intera giornata * solo mattino * solo pomeriggio * pranzo * cena * trasporto andata * trasporto ritorno * pernottamento presso Albergo convenzionato SI NO * bagno SI NO   ***Nome del medico curante***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Per ciascuna tipologia di servizio richiesto:

* si impegna a fornire a Codesta Spett.le APSP il quadro clinico allegato e compilato da parte del medico curante autorizzando quest’ultimo alla trasmissione dei dati sanitari del richiedente.

Qualora, nelle more dell'accoglimento, il quadro clinico dovesse subire delle modifiche, copia dello stesso dovrà essere presentata alla A.P.S.P. prima della data di ingresso/fruizione del servizio richiesto;

* autorizza, ai fini dell’accoglimento, l’Azienda Pubblica di Servizi alla Persona al trattamento dei propri dati personali e sanitari ai sensi del Reg.UE 16/679;
* provvede a comunicare per iscritto alla Segreteria di questa Istituzione qualsiasi futura variazione utile nella valutazione della presente richiesta;
* si impegna al pagamento delle prestazioni/servizi ricevuti accettando le rette/tariffe deliberate dal CDA anno per anno;
* di essere consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e quindi che i dati comunicati sono veritieri.

Firma del richiedente o chi per esso

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA “BREVE” SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Art. 13 Reg. UE 2016/679**

- **titolare del trattamento:** AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA DI BRENTONICO con sede in Brentonico, via Balista n. 7;

- **finalità del trattamento:** adempimento delle funzioni istituzionali strettamente correlate all’esercizio di poteri e facoltà di cui la nostra Amministrazione è competente;

- **base del trattamento**: esecuzione di un compito di interesse pubblico connesso all’esercizio di pubblici poteri;

- **trattamento di categorie particolari di dati personali e/o dati personali relativi a condanne penali e reati:** il trattamento potrebbe riguardare dati rientranti nelle “categorie particolari di dati personali” e/o dati personali relativi a condanne penali. La base giuridica del loro trattamento è rappresentata dalla necessità di dare esecuzione ad un obbligo di legge e/o eseguire un compito di interesse pubblico connesso all’esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento;

**- modalità del trattamento:** tutti i dati sono trattati in forma cartacea ed elettronica e protetti mediante misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR;

**- obbligatorietà del conferimento:** il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. Il mancato conferimento comporta per l’Amministrazione l’impossibilità di rispondere in tutto o in parte alle richieste presentate dagli interessati e dare esecuzione a quanto di propria spettanza;

- **comunicazione, diffusione e destinatari:** i dati possono essere comunicati ai soli terzi legittimati. I dati comunicati non saranno trasferiti extra UE. La loro diffusione avrà luogo solo laddove previsto da un obbligo di legge.I dati possono essere conosciuti dal titolare, dai responsabili del trattamento, dagli incaricati del trattamento appositamente istruiti. Oltre ai soggetti appena specificati i dati conferiti potranno essere trattati da parte di soggetti terzi, nominati responsabili del trattamento nella misura in cui ciò sia necessario per l’espletamento dell’attività da essi svolta a favore dell’Ente e nei limiti dei profili di autorizzazione per essi individuati. Il loro elenco è sempre accessibile presso la sede del titolare;

**- durata del trattamento e periodo di conservazione:** i dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del rapporto in essere tra le parti e saranno conservati per il tempo di legge;

- **diritti dell’interessato:** l’interessato o un suo rappresentante può esercitare, senza particolari formalità, i diritti previsti dagli artt. 15 e segg. del Re. UE 16/679 rivolgendosi al titolare o al responsabile per la protezione dei dati. In particolare potrà chiedere l’accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione, esercitare il diritto di ottenere la portabilità nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente ex articolo 77 del GDPR;

**- responsabile Protezione Dati (RPD):** la nostra Amministrazione ha designato il proprio responsabile per la protezione dei dati personali raggiungibile all’indirizzo: serviziodpo@upipa.tn.it.

**Q U A D R O C L I N I C O**

***Da compilare a cura del Medico Curante e da allegare alla domanda di ammissione.***

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_, proveniente da:

Casa

Ospedale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Indicare l’anamnesi patologica remota:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicare l’anamnesi patologica attuale:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Indicare la terapia in atto e orario di assunzione:

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Indicare la terapia al bisogno :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in caso di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ max\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_vv/die

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in caso di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ max\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_vv/die

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in caso di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ max\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_vv/die

Indicare eventuali allergie/intolleranze alimentari o da farmaci:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicare i valori risultanti dagli ultimi esami di laboratorio più significativi o che si ritenga importante comunicare:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso che l'ospite provenga da ricovero ospedaliero e da Casa di Cura, è pregato di produrre la relativa lettera di dimissione.

NOTIZIE INFORMATIVE SULLE CONDIZIONI GENERALI DELL'OSPITE

(*barrare con una crocetta la risposta)*

* Deglutizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Portatore di dispositivi particolari (SNG, PEG, PMK, Tracheostomia, Catetere vescicale, ecc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* E' autonomo nell'alimentazione? SI NO
* Accudisce autonomamente all'igiene personale? SI NO
* Si muove con totale o parziale autonomia? Utilizza ausili per la deambulazione?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Presenta patologie osteo-articolari? SI NO Se sì, quali? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* E allettato? SI NO è possibile un recupero motorio?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* E’ incontinente? SI NO
* Presenta piaghe da decubito? SI NO
* L'assistenza sanitaria deve essere di tipo particolare? SI NO

Se sì, come deve essere?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Ha bisogno di essere sorvegliato e assistito costantemente per tutta la giornata?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ritiene pertanto che debba essere considerato persona autosufficiente o non autosufficiente?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* E’ persona capace di vivere in comunità? SI NO
* E’ persona affetta da malattie infettive - contagiose - trasmissibili? SI NO Se si, specificare quali\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* E’ persona pacifica? SI NO Se no, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Può essere considerata pericolosa per sè o per gli altri? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Trattasi di persona ansiosa? SI NO
* E' affetto da patologia psichiatrica? SI NO
* E' seguito dal Servizio di Salute ed Igiene Mentale? SI NO   
  Se si indicare lo specialista di riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ha particolari esigenze dietetiche? SI NO Se sì specificare quali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Hcv positivo? SI NO
* Quali sono i valori normali della sua pressione arteriosa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Può uscire da solo senza pericolo, o deve essere accompagnato?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ha precedenti esperienze di ricovero in Istituto per Anziani? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* E' orientato nello spazio e nel tempo? SI NO Se no, specificare quale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ha una storia di abuso di alcool o fumo? SI NO
* Il paziente può eseguire presso la Residenza attività ludico-motoria di gruppo ? SI NO
* Il paziente può eseguire presso la Residenza attività motoria, ginnastica di gruppo e utilizzo di cyclette e/o cyclette da poltrona? SI NO
* Il paziente è portatore di PMK? SI NO

Se si é necessario produrre attestazione medica di assenza di controindicazioni allo svolgimento delle predette attività.

* Per l'inserimento nei posti di Casa di Soggiorno, il paziente può alloggiare nelle stanze - *autorizzate per persone autosufficienti e/o parzialmente non autosufficienti -* allocate nella palazzina adiacente alla A.P.S.P. , denominata Residenza ai Fiori, dove l'intervento del personale avviene solo in determinate fasce orarie e/o su chiamata dell'ospite?
* SI NO (*barrare con una crocetta la risposta)*
* Per l'inserimento nei posti di Centro Diurno, la persona può pernottare presso un albergo in paese senza alcuna sorveglianza notturna da parte del personale della A.p.s.p., in ragione che l'attività di Centro Diurno cessa nel momento di uscita dell'ospite dalla struttura?

- SI NO (*barrare con una crocetta la risposta)*

* Aggiungere ogni altra informazione atta ad esprimere un giudizio:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e Timbro