



Azienda Sanitaria Unica Regionale – Zona Territoriale n° 7

AGUGLIANO, ANCONA, CAMERANO, CAMERATAPICENA, CASTELFIDARDO, CHIARAVALLE,
FALCONARA, LORETO, MONTEMARCIANO, MONTE SAN VITO, NUMANA, OFFAGNA, OSIMO, POLVERIGI, SIROLO.

Viale C. Colombo, 106 – 60127 ANCONA – Tel. 071.870.51
Cod. Fiscale e Partita Iva 01392080428

RICHIESTA DI RICOVERO IN R.S.A.

All'Unità Valutativa – Distretto _____

e p.c. al Medico di Medicina Generale curante Dott. _____

Il sottoscritto Dott. _____

- MEDICO DI MEDICINA GENERALE
- MEDICO DEL REPARTO /
DIVISIONE OSPEDALIERA _____ Azienda _____

chiede il ricovero del proprio assistito presso una Residenza Sanitaria Assistenziale

SEZIONE A – Dati anagrafici dell'assistito

A1 - Cognome

A 2 - Nome

M F

A 3 - Sesso

A 4 - Data di Nascita

A 5 - Comune di nascita

Prov.

A6 - Comune di residenza

A 7 - Via

A 8 - N° civico

A 9 - Persona di riferimento

A 10 - Indirizzo persona di riferimento

A 11 - Telefono pers. rifer.

a tal fine dichiara che il proprio assistito possiede i seguenti requisiti di ammissione

SEZIONE B – Requisiti di ammissione in RSA ①

- NON AUTOSUFFICIENZA
- NON ASSISTIBILITA' A DOMICILIO
- PRESENZA DI DISABILITA' O DI PATOLOGIE CRONICHE STABILIZZATE MULTIPROBLEMATICHE O DI ESITI INVALIDANTI (TEMPORANEI O PERMANENTI) CHE NECESSITANO DI PRESTAZIONI SANITARIE (ASSISTENZIALI, CURATIVE e/o RIABILITATIVE) E SOCIO-ASSISTENZIALI DA PARTE DI PERSONALE QUALIFICATO (specificare unitamente alla diagnosi):

SUPPORTO FAMILIARE: ASSENTE TEMPORANEAMENTE O STABILMENTE INADEGUATO

① ***N.B.: per essere ammessi in RSA devono essere soddisfatti contemporaneamente tutti e tre i requisiti di ammissione***

SEZIONE C – Prestazioni sanitarie richieste

<input type="checkbox"/>	Assistenza medico generica
C1	
<input type="checkbox"/>	Assistenza infermieristica (specificare):
C2	
<input type="checkbox"/>	Assistenza medico - specialistica
C3	
<input type="checkbox"/>	Assistenza riabilitativa e di recupero funzionale (specificare):
C4	
<input type="checkbox"/>	Custodia della persona (assistenza da parte di OTA/OSA)
C5	
<input type="checkbox"/>	Fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari
C6	
<input type="checkbox"/>	Assistenza psicologica
C7	
<input type="checkbox"/>	Terapia farmacologia (specificare):
C8	

Il paziente è portatore di: lesioni da decubito pannolone catetere vescicole
 Sond. naso-gastrico uro-colostomia tracheostomia accesso venoso per NPT

Diagnosi alla dimissione ospedaliera _____

DURATA PRESUMIBILE DEL RICOVERO IN RSA _____

DATA

TIMBRO e FIRMA DEL MEDICO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n° _____ Tel. _____

in qualità di: paziente che necessita di ricovero in RSA
 familiare del paziente ②
 legale rappresentante del paziente ②

dichiara di preferire quale luogo di cura: _____

firma dell'assistito o di chi ne ha la tutela

PARTE RISERVATA AL RESPONSABILE DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE

Vista la richiesta del Medico di Medicina Generale (o del Medico Ospedaliero), sulla base della documentazione sanitaria acquisita e della valutazione multidimensionale si giudica l'assistito

IDONEO

AL RICOVERO IN RSA

NON IDONEO

e nel rispetto della libera scelta dell'assistito, si esprime parere favorevole per il suo ricovero nella Residenza Sanitaria Assistita sopra indicata dall'assistito stesso (o di chi ne ha la tutela).

DATA

Per l'Unità di Valutazione – Il Responsabile