



A.S.Far.M.

Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari
R.S.A. Accreditata per persone Anziane FSR Regione Lombardia
21056 - Induno Olona (Va) - Via Maciachini, 9 Servizi Sociosanitari
P.IVA 02020550121 - Tel. 0332/20.60.01 - Fax 0332/20.16.65

Indirizzo [e@mail](mailto:amministrazione@asfarm.it) : amministrazione@asfarm.it - sito internet : www.asfarm.it

APPLICARE
FOTO TESSERA

DOMANDA D'AMMISSIONE IN LISTA DI ATTESA

Ospite richiedente _____

Riservato ad A.S.Far.M.		
Data presentazione domanda	Consegnata da:	Ritirata da:
Documenti completi <input type="checkbox"/> Si - <input type="checkbox"/> No	Registrata in archivio SOSIA il	Chiamato/a il
Visita medica il	Ammissione il	Archiviazione il

CONTRATTO DI SOGGIORNO PRESSO A.S.FAR.M.

PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI
(ai sensi della normativa Regionale di accreditamento delle RSA al SSR)

Spett. A.S.Far.M.
Direzione Servizi Sociosanitari
Via Maciachini, 9
21056 – INDUNO OLONA (VA)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. ____ Tel. _____

Codice Fiscale _____

Libretto sanitario n. _____ **Codice ASL di residenza** _____

Presa visione delle norme contenute nel regolamento dei Servizi Sociosanitari,
che ha ricevuto in copia e dichiara di accettare integralmente e senza riserva alcuna,

in qualità di garante per il proprio congiunto

CHIEDE

di essere ospitato/a presso:
presso:

di poter ospitare il proprio congiunto

☐ **Casa Albergo** (Camera ☐ 1 letto – ☐ 2 letti) ☐ **Reparto Persone non autosufficienti**
RSA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Agli effetti dell'ammissione dichiara di essere:

☐ **Autosufficiente** - ☐ **Non autosufficiente**

Agli effetti del pagamento della retta di ricovero dichiara:

- ☐ Di assumere irrevocabile impegno, per se e per i propri aventi causa, che sottoscrivono congiuntamente la presente domanda, di provvedere integralmente al pagamento delle rette dovute.
- ☐ Di assumere irrevocabile impegno, per se e per i propri aventi causa, che sottoscrivono congiuntamente la presente domanda, di provvedere in via solidale ed in garanzia al pagamento della retta fino alla concorrenza mensile di €. _____, qualora l'ospite non fosse in grado in via autonoma e personalmente di provvedervi, mentre la differenza a saldo sarà corrisposta dal Comune di _____, in conformità alla nota d'impegno allegata.

Data, _____

Firma unica del/dei garante/i obbligato/i se richiedente impossibilitato/a a firmare

Firma impegno pagamento retta

Firma del richiedente

DATI E INFORMAZIONI PERSONALI DELL'OSPITE

Informazioni personali			
Nome del padre	<input type="text"/>	Stato civile	<input type="text"/>
Nome della madre	<input type="text"/>	Grado istruzione	<input type="text"/>
Vedova/o di	<input type="text"/>	Professione prevalente	<input type="text"/>
Coniugata/o con	<input type="text"/>		

Il richiedente il ricovero gode dei seguenti redditi personali:

Pensione	INPS-VO	N. _____	mensili	€.	_____
	INPS IO	N. _____	mensili	€.	_____
	INPS SO	N. _____	mensili	€.	_____
Altra pensione _____		N. _____	mensili	€.	_____
Accompagnamento invalidi civili		N. _____	mensili	€.	_____
Altri redditi (specificare) _____					

In relazione alla domanda d'ammissione segnala i nominativi delle persone alle quali dovranno essere effettuate tutte le comunicazioni che riguardano il/la sottoscritto/a:

1	Cognome	Nome	Nato a	In data
Telefono casa		Telefono Ufficio		Cell.
Residente a		Via _____ n. _____		
Parentela		Firma per accettazione		

2	Cognome	Nome	Nato a	In data
Telefono casa		Telefono Ufficio		Cell.
Residente a		Via _____ n. _____		
Parentela		Firma per accettazione		

3	Cognome	Nome	Nato a	In data
Telefono casa		Telefono Ufficio		Cell.
Residente a		Via _____ n. _____		
Parentela		Firma per accettazione		

A documentazione della presente domanda allega:

- Fototessera;
- Autocertificazione di stato di famiglia;
- Autocertificazione di residenza;
- Consenso al trattamento dei propri dati personali;
- Certificazione del medico di famiglia nella quale sono esposte :
le condizioni generali dell'ospite, le patologie in corso e lo stato d'autosufficienza del medesimo ;
- Esami ematochimici e strumentali o copia se in data non anteriore a tre mesi degli ultimi effettuati;
- **Copia del/i certificato/i di pensione;**
- **Copia della carta d'identità, tesserino del codice fiscale e libretto sanitario**

La presente domanda di ammissione, è integrata con il contratto di ingresso, con il regolamento per i servizi di ospitalità e ricovero e con la Carta dei Servizi Aziendali consegnata al momento della ricezione della domanda di ammissione in lista di attesa.

Rette di degenza

OSPITI AUTOSUFFICIENTI

Alloggio due letti:

- **Pensione intera** (Comprende tutti i servizi e i pasti) giornaliera € **69,50**
- **Periodi d'ospitalità temporanea** (fino a tre mesi)
Retta intera maggiorata € **90,35**

È escluso dai servizi resi da A.S.Far.M. il lavaggio della biancheria personale dell'ospite
I servizi di visita e/o ricovero ospedaliero devono essere preventivamente concordati con la direzione

.....

Alloggio singolo:

- **Pensione intera** (Comprende tutti i servizi e i pasti) giornaliera € **79,50**
- **Periodi d'ospitalità temporanea** (fino a tre mesi)
Retta intera maggiorata € **103,35**

È escluso dai servizi resi da A.S.Far.M. il lavaggio della biancheria personale dell'ospite
I servizi di visita e/o ricovero ospedaliero devono essere preventivamente concordati con la direzione

.....

OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI TOTALI

Alloggi a tre o quattro letti :

- **Pensione intera** (Comprende servizi, pasti, cure e presidi sanitari) giornaliera € **79,50**
- **Periodi d'ospitalità temporanea** (fino a tre mesi)
Retta intera maggiorata € **103,35**

➤
È escluso dai servizi resi da A.S.Far.M. il lavaggio della biancheria personale dell'ospite
I servizi di visita e/o ricovero ospedaliero devono essere preventivamente concordati con la direzione
Non sono ricoverabili persone con diagnosi di morbo di Alzheimer diagnosticato.

.....

Servizio di lavaggio biancheria corredo personale dell'Ospite :

Di norma, il servizio di lavaggio biancheria personale del corredo dell'Ospite viene assolto dai famigliari per permettere il mantenimento dei rapporti interpersonali e famigliari anche dopo l'ingresso del richiedente in struttura.

E' comunque possibile, previa richiesta da presentarsi agli uffici amministrativi della struttura, concordare tale servizio secondo le esigenze proprie dell'ospite in soggiorno, modalità e termini di pagamento verranno definiti prima dell'inizio del servizio, costo esemplificativo mensile del servizio comprensivo di nr. 8 lavaggi biancheria mese € **50/60,00**

Servizi d'assistenza individuale alla persona nel reparto Casa Albergo:

Agli ospiti autosufficienti, che abbiano brevi malattie, impedimenti o difficoltà temporanee, l'A.S.Far.M. assicura, in ogni caso, i servizi d'assistenza individuale necessaria (pasti in camera solo su prescrizione del personale sanitario e d'assistenza preposto – Assistenza alle operazioni d'igiene personale e vestizione e quanti altri siano indispensabili)

Il costo dei servizi d'assistenza individuale, contabilizzate nella fattura del bimestre successivo rispetto al periodo in cui le prestazioni sono rese costo orario € **25,00**

Per i servizi di accompagnamento in ospedale si veda in proposito il vigente regolamento per i servizi di ospitalità e ricovero

INDUMENTI DI CORREDO PERSONALE DI CUI DEBBONO ESSERE DOTATI GLI OSPITI

Tutti gli ospiti in soggiorno presso la R.S.A. A.S.Far.M. devono essere dotati della seguente dotazione di biancheria personale al fine di permetterne il soggiorno nel modo più confortevole possibile, dal momento che per regolamento interno, e per le disposizioni regionali inerenti le strutture accreditate al Fondo Sanitario Regionale non è consentito l'abbigliamento in pigiama e/o camicia da notte se non per casi di malattia che costringano la persona allettata.

Il servizio di lavaggio della biancheria e degli indumenti che costituiscono il corredo personale dell'ospite è lasciato a completo carico dei familiari e ciò per permettere il continuo scambio di rapporti familiari ed interpersonali anche dopo l'ingresso in struttura dell'ospite richiedente.

In caso di impossibilità a svolgere tale servizio è possibile porvi rimedio interessando gli uffici amministrativi della struttura.

DONNA:

- 2 Vestaglia camera
- 3 Camicie da notte
- 10 Magliette lana o cotone
- 12 Mutande
- 4 Reggiseno
- 12 Fazzoletti da naso (in alternativa, adeguata dotazione di fazzoletti di carta a perdere)
- 3 Paia di calze in cotone bianco
- 6 Paia di calze colorate o nylon
- 1 Paio di pantofole da camera
- 1 Paio di pianelette per bagno in spugna o simili
- 1 Scialle per letto o golfino di colore chiaro
- 4 Abiti completi e decorosi per il giorno

UOMO

- 1 Vestaglia camera
- 4 Pigiama
- 10 Magliette lana o cotone
- 12 Mutande
- 12 Fazzoletti da naso (in alternativa adeguata dotazione di fazzoletti di carta a perdere)
- 3 Paia di calze in cotone bianco
- 6 Paia di calze colorate
- 1 Paio di pantofole da camera
- 1 Paio di pianelette per bagno in spugna o simili
- 4 Abiti completi e decorosi per il giorno (interi o spezzati)

Necessaire comune per entrambe :

- 1 Necessarie per l'igiene da bagno e la toilette**
- 2 Una borsa da viaggio piccola non rigida per la gestione e l'organizzazione del "necessarie" per le emergenze ospedaliere**



A.S.Far.M.

Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari

21056 - Induno Olona (Va)

Via Maciachini, 9 Servizi Sociosanitari

P.IVA 02020550121 - Tel. 0332/20.60.01 – Fax 0332/20.16.65

Indirizzo [e@mail](mailto:amministrazione@asfarm.it) : amministrazione@asfarm.it - sito internet : www.asfarm.it

INFORMATIVA AI SENSI DELL' ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679-GDPR s.m.i.

Gentile/Egregio Ospite,

Egr. Sig.re / Gent.le Sig.ra _____

ai sensi della normativa indicata, il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Pertanto, in attuazione del Regolamento UE 2016/679, è gradito fornirle le seguenti informazioni.

Titolare del Trattamento

A.S.Far.M. Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari, con sede in Via Jamoretti, 51 - 21056 Induno Olona (VA), tel. 0332/20.60.01, e-mail amministrazione@asfarm.it, PEC asfarm@pec.it nella persona del Suo Legale Rappresentante protempore

Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)

MB Safety dott. Marinella Saccon e-mail dpo.asfarm@mbsafety.it

Informazioni sui dati raccolti

1. DATI PERSONALI ANAGRAFICI E PARTICOLARI DI CUI ALL'ART.9 DEL GDPR FINALITÀ TRATTAMENTO

- A) Gestione delle richieste di ammissione finalizzato all'inserimento del soggetto presso la Struttura;
- B) Gestione dell'aspetto socio – assistenziale nonché sanitario del soggetto interessato, con riferimento a dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati biometrici intesi ad identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute, alla vita sessuale e/o all'orientamento sessuale.

LICEITÀ TRATTAMENTO

Finalità A:

Senza il consenso espresso, quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato (art. 6 lett. b del GDPR).

Finalità B:

Con il consenso espresso dell'interessato per il trattamento di una o più finalità specifiche (art. 9 par. 2 lett. a del GDPR).

CATEGORIE DESTINATARI DEI DATI

Personale dell'Ente; enti previdenziali ed assistenziali; società che gestiscono reti informatiche e telematiche; società di servizi postali per l'invio di comunicazioni cartacee; enti pubblici collegati all'Ente.

TRASFERIMENTO DEI DATI AD UN PAESE TERZO:

No

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati del soggetto verranno conservati dall'Ente fino alla stipula del contratto, divenendo, in seguito, parte integrante dello stesso.

Nel caso di mancato perfezionamento del contratto, i dati verranno conservati dal Titolare, per un periodo di tempo di 12 mesi e comunque non superiore a quello necessario agli scopi per cui sono stati forniti, secondo il principio di minimizzazione.

OBBLIGATORietà FORNITURA DEI DATI, MOTIVAZIONE E CONSEGUENZE MANCATA COMUNICAZIONE

Finalità A e B:

Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'adempimento delle misure precontrattuali richieste, in mancanza non sarà possibile procedere all'erogazione del servizio richiesto.

FONTE DI ORIGINE DEI DATI

Raccolti presso l'interessato.

ESISTENZA DI PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI

Nessun processo decisionale automatizzato è stato implementato presso l'Ente.

Modalità del trattamento

I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere gli addetti, espressamente designati dall'Ente come autorizzati o delegati del trattamento dei dati personali, che potranno effettuare operazioni di consultazione, utilizzo ed elaborazione, sempre nel rispetto delle disposizioni di legge atte a garantire, tra l'altro, la riservatezza e la sicurezza dei dati, nonché l'esattezza, la conservazione e la pertinenza rispetto alle finalità dichiarate.

Diritti degli Interessati

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti:

- di accesso ai dati personali (art. 15 del GDPR)
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (art. 16, 17 e 18 del GDPR);
- di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy) (art. 15, par. 1, lett. f) del GDPR).

L'esercizio dei Suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta mediante email al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

☐ Io sottoscritto _____, codice fiscale _____, dichiaro di aver ricevuto, letto e capito l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

oppure

☐ Io sottoscritto/a _____, Amministratore di Sostegno / Tutore dell'utente _____, Codice Fiscale _____, dichiaro di aver ricevuto, letto e capito l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

oppure

☐ Io sottoscritto/a _____, (specificare il grado di parentela) _____, rappresentante unico di tutta la famiglia esprime il consenso in nome e per conto dell'utente _____ Codice Fiscale _____ interessato al servizio, le cui condizioni psicofisiche non consentono di fornire un'informativa diretta e quindi una consapevole espressione di valido consenso, dichiaro di aver ricevuto, letto e capito l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016

Induno Olona, il _____

Firma _____



A.S.Far.M.

Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari

21056 - Induno Olona (Va)

Via Maciachini, 9 Servizi Sociosanitari

P.IVA 02020550121 - Tel. 0332/20.60.01 – Fax 0332/20.16.65

Indirizzo [e@mail](mailto:amministrazione@asfarm.it) : amministrazione@asfarm.it - sito internet : www.asfarm.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI

☐ Io sottoscritto/a _____, Codice Fiscale _____

oppure

☐ Io sottoscritto/a _____, Amministratore di Sostegno / Tutore dell'utente
_____ Codice Fiscale _____,

oppure

☐ Io sottoscritto/a _____, (specificare il grado di parentela)
_____ rappresentante unico di tutta la famiglia esprime il consenso in nome e per
conto dell'utente _____ Codice Fiscale _____
interessato al servizio, le cui condizioni psicofisiche non consentono di fornire un'informativa diretta e
quindi una consapevole espressione di valido consenso,

dichiaro di aver letto e compreso in ogni suo punto l'informativa per il trattamento di categorie particolari di dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati biometrici intesi ad identificare in modo univoco una persona fisica dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale, pertanto esprimo la mia decisione in merito alle seguenti finalità:

- Gestione dell'aspetto socio – assistenziale

Acconsente che i suoi dati siano trattati per la gestione dell'aspetto socio – assistenziale come precisato nel punto B dell'informativa:

☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE

Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 potrà esercitare i diritti qui sinteticamente riepilogati:

- di accesso ai dati personali (art. 15 del GDPR)
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (art. 16, 17 e 18 del GDPR);
- di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy) (art. 15, par. 1, lett. f) del GDPR).

Induno Olona, il _____

Firma _____

Induno Olona _____ Il titolare del trattamento Mb Safety Dott.sa Marinella Saccon

Il direttore A.S.Far.M. Cesare Cappella



A.S.Far.M.

Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari
21056 - Induno Olona (Va)

Via Maciachini, 9 Servizi Sociosanitari

P.IVA 02020550121 - Tel. 0332/20.60.01 – Fax 0332/20.16.65

Indirizzo [e@mail](mailto:amministrazione@asfarm.it) : amministrazione@asfarm.it - sito internet : www.asfarm.it

CONSENSO DELL'UTENTE

ACCETTAZIONE

Il sottoscritto/a _____

in qualità di

- ☐ Interessato/a
☐ Rappresentante legale dell'interessato (☐ amministratore di sostegno, ☐ tutore, ☐ curatore)

Nato a _____, il _____,

C.F. _____, residente in _____,

dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione della presenza in soggiorno nei moduli di cura ed assistenza per persone Anziane di A.S.Far.M. (Casa Albergo e Rsa) del proprio stato di salute a :

- ☐ Coloro che lo richiedono
☐ Indicare il nome delle persone che lo richiedono

☐ Nessuno

Data

L'interessato/a o rappresentante legale

Nell'ambito delle finalità istituzionali di A.S.Far.M., **autorizza ad utilizzare i dati personali** con le seguenti modalità:

- Nome, cognome e fotografia per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (per es. porta camera, letto, armadio, suppellettili, ecc.), che risulteranno, pertanto, visibili a terzi ospiti e visitatori
- Utilizzo di immagini che potranno essere diffuse per finalità ricreative all'interno della struttura e per la promozione dell'ente sui mezzi di comunicazione e diffusione attualmente in uso, anche a scopo di aggiornamento del sito internet e dei canali social aziendali

Data

L'interessato o rappresentante legale

Il sottoscritto/a _____

in qualità di

☐ Interessato/a

☐ Rappresentante legale dell'interessato (☐ amministratore di sostegno, ☐ tutore, ☐ curatore)

Nato a _____, il _____,

C.F. _____, residente in _____,
 esprime il proprio consenso illimitato e senza riserva alcuna al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE) per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, che dichiara di averne compreso il contenuto.

Data

L'interessato o rappresentante legale

REVOCA

Il sottoscritto/a _____

in qualità di

☐ Interessato/a

☐ Rappresentante legale dell'interessato (☐ amministratore di sostegno, ☐ tutore, ☐ curatore)

Nato a _____, il _____,

C.F. _____, residente in _____,

dichiara di voler revocare il proprio consenso al trattamento dei dati personali rilasciato in data _____ a A.S.Far.M.

Data

L'interessato o rappresentante legale



A.S.Far.M.

Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari

21056 - Induno Olona (Va)

Via Maciachini, 9 Servizi Sociosanitari

P.IVA 02020550121 - Tel. 0332/20.60.01 – Fax 0332/20.16.65

Indirizzo [e@mail](mailto:amministrazione@asfarm.it) : amministrazione@asfarm.it - sito internet : www.asfarm.it

CONSENSO DEL FAMIGLIARE DELL'UTENTE

Il sottoscritto/a _____ in qualità di _____

fa presente che le condizioni psicofisiche del signor/della signora _____

non consentono di fornire una informativa diretta e, pertanto, dichiara

☐ di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa della persona ricoveranda.

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione della presenza nei moduli di cura e soggiorno per persone Anziane di A.S.Far.M. e dello stato di salute della persona ricoveranda a:

☐ Coloro che lo richiedono

☐ Indicare il nome delle persone che lo richiedono _____

☐ Nessuno

Data

Il parente.....

Nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente, autorizza ad utilizzare i dati personali con le seguenti modalità:

☐ Nome, cognome e fotografia per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (per es. porta camera, letto, armadio, suppellettili, ecc.), che risulteranno, pertanto, visibili a terzi ospiti e visitatori

☐ Utilizzo di immagini che potranno essere diffuse per finalità ricreative all'interno della struttura e per la promozione dell'ente sui mezzi di comunicazione e diffusione attualmente in uso, anche a scopo di aggiornamento del sito internet e dei canali social di A.S.Far.M.

Data

Il parente.....

Il sottoscritto/a _____

in qualità di

☐ Interessato/a

☐ Rappresentante legale dell'interessato (☐ amministratore di sostegno, ☐ tutore, ☐ curatore)

Nato a _____, il _____,

C.F. _____, residente in _____,

esprime il proprio consenso illimitato e senza riserva alcuna al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE) per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di cui dichiara di averne compreso il contenuto.

Data

L'interessato o rappresentante legale _____

AUTOCERTIFICAZIONE
Ed AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Articolo 2, legge 04 gennaio 1968, n. 15)

Spett.
A.S.Far.M. - Servizi Sociosanitari
Via Maciachini, 9
21056 Induno Olona

Il/La sottoscritto/a, a conoscenza delle sanzioni penali nelle quali incorre in caso di mendaci dichiarazioni, sotto propria personale responsabilità

D i c h i a r a

- ☐ Di essere nato/a a _____ (____) il _____
- ☐ Di _____ essere _____ di _____ stato _____ civile _____
- ☐ Di essere residente in _____ (____) Via _____ n. _____
- ☐ Che la propria famiglia è composta come di seguito specificato:

(*1)	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Stato civile (*2)
CF					

(*1) – Relazione di parentela CF capo famiglia - MG moglie – FG figlio/figlia- FR fratello – SR sorella – NP – nipote – CGN cognato/a.

(*2) – Stato Civile: Celibe – nubile – coniugato/a – vedovo/a

SCHEDA DI INSERIMENTO

☐ RSA

☐ CDI

☐ MINIALLOGGI

☐ RICHIESTA DI
INVALIDITA'

Parte per la famiglia/caregiver

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

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendenza fuga/perdersi alla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilizza una contenzione	<input type="checkbox"/>	<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 delle vaccinazioni Anticovid :

1° dose : _____ 2° dose : _____ 3° dose : _____ 4° dose : _____

Eventuale Malattia Covid : _____

Data

Firma.....



A.S.Far.M.

Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari

21056 - Induno Olona - Via Maciachini, 9

P.IVA 02020550121 – CCIAA 0243334 – Reg. Imprese VA 133-21888

Tel. 0332/20.60.01 – Fax 0332/20.16.65

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

PER L'AMMISSIONE DELL'OSPITE

NELLA STRUTTURA SOCIOSANITARIA

Gli ospiti, all'atto di presentazione della domanda e comunque prima di essere ammessi presso la struttura sociosanitaria dell'A.S.Far.M., siano essi autosufficienti o non autosufficienti, devono far compilare dal proprio medico curante, l'allegata documentazione sanitaria che certifica lo stato di salute della persona.

La cartella, completata in tutte le sue parti, viene analizzata dal Direttore Medico che sarà in grado, già dal momento dell'accettazione, di valutare lo stato psicofisico dell'ospite.

La modulistica contrassegnata "Parte per la Famiglia / Caregiver" dovrà essere invece compilata dai famigliari di riferimento della persona interessata al ricovero.

ESAMI RICHIESTI (non anteriori a tre mesi - allegare esiti)

OPPURE ALL'INGRESSO IN STRUTTURA (a pagamento)

Esame urine completo	Emocromo + f + p
Glicemia	Ferro e Ferritinemia
Creatininemia	Elettroliti
GOT, GPT, gamma GT	Elettroforesi sieroproteica
VES	Markers epatite A-B-C
HIV	VDRL (TPHA)
Coprocoltura	Transferrina, Albumina e Linfociti

1 tampone antigenico rapido certificato eseguito entro 24 ore dall'ingresso in struttura.


☐ 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	
• 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 dintervalli > 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: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si richiede visita domiciliare: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	--

data

firma

.....

.....