

RESIDENZA PER ANZIANI CASTIONS

SCHEDA DI INGRESSO

COGNOME _____	NOME _____
Data di nascita _____	
Residente a _____	

PERSONE DI RIFERIMENTO

1. Sig. _____
data di nascita ____ / ____ / ____ rel. di parentela _____
residente a _____
tel. _____ e-mail _____

2. Sig. _____
data di nascita ____ / ____ / ____ rel. di parentela _____
residente a _____
tel. _____ e-mail _____

Composizione nucleo familiare:

- ☐ Solo
☐ Con coniuge
☐ Con figli
☐ Con parenti
☐ Altro _____

Relazione con i familiari:

- ☐ Ottima
☐ Buona
☐ Difficoltosa
☐ Assente

Interessi personali:

- ☐ Lettura
☐ TV
☐ Giochi
☐ Altro _____

Scolarità: _____

Professione svolta: _____



RESIDENZA PER ANZIANI CASTIONS

SCHEDA DI INGRESSO

L'ospite usufruisce attualmente di:

Invalidità civile

☐ Sì

☐ No

☐ In attesa

Assegno di accompagnamento

☐ Sì

☐ No

☐ In attesa

Ausili in uso:

☐ deambulatore

() personale

() AAS5

☐ carrozzina

() personale

() AAS5

☐ materassino antidecubito

() personale

() AAS5

☐ altro.....

() personale

() AAS5

Presenta allergie o intolleranze?

☐ No

☐ Sì

Specificare.....

Ha problemi di deglutizione?

☐ No

☐ Sì

Specificare.....

Protesi dentaria:

☐ No

☐ Sì

() inferiore () superiore () completa

Segue una dieta:

☐ Libera

☐ Per diabetici

☐ Per diverticolosi

☐ Per colecistopatie

☐ Altro.....

Come va somministrato il pasto?

☐ Intero

☐ Sminuzzato

☐ Frullato

☐ Altro.....

Ci sono degli alimenti non graditi?

☐ No

☐ Sì

Specificare.....

Preferenze per la colazione:

☐ Caffelatte

☐ Fette biscottate

☐ Tè

☐ Biscotti

☐ Latte

☐ Pane

☐ Orzo

☐ Cereali

Consuma vino ai pasti?

☐ No

☐ Sì

1 bicchiere () a pranzo () a cena



RESIDENZA PER ANZIANI CASTIONS

SCHEDA DI INGRESSO

La persona è in grado di alimentarsi autonomamente?

- ☐ No, non è in grado. La persona è totalmente dipendente riguardo all'alimentazione e va imboccata
- ☐ Riesce a manipolare una posata, ma è necessaria assistenza attiva per tutto il pasto
- ☐ Serve aiuto solo per tagliare la carne, aprire le confezioni di biscotti, fette biscottate, ecc.
- ☐ È completamente autonoma, riesce a mangiare da sola

Deambulazione:

- ☐ Autonoma
- ☐ Con ausili Specificare _____
- ☐ Carrozzina
- ☐ Allettato

La persona è in grado di provvedere da solo alla propria igiene?

- ☐ No, non è in grado. È completamente dipendente dagli altri
- ☐ È necessario aiutarla in tutte le fasi dell'igiene personale
- ☐ necessario aiutarla solo in alcune fasi dell'igiene. Specificare _____
- ☐ È completamente autonoma

La persona presenta incontinenza?

- ☐ No
- ☐ Si () Urine () Feci

Va di corpo regolare? () SI () NO

Usa dei lassativi? () SI () NO

Data dell'ultimo alvo*: ____/____/____ (*compilare nel giorno dell'inserimento in struttura)

La persona è portatrice di:

- ☐ Pannolone: tipo _____
- ☐ Catetere vescicale: tipo _____, l'ultima sostituzione il ____/____/____
- ☐ Stomie: () colostomia () ileostomia () urostomia () nefrostomia () tracheotomia
- ☐ Sondino naso-gastrico, posizionato il ____/____/____
- ☐ PEG, posizionata il ____/____/____
- ☐ Catetere venoso centrale, posizionato il ____/____/____
- ☐ PICC/Midline
- ☐ Altro _____

Autonomia nel vestirsi/svestirsi:

- ☐ Autonoma
- ☐ Necessità di aiuto
- ☐ Totalmente dipendente

La persona presenta deterioramento mentale?

- ☐ No
- ☐ Si () lieve () moderato () grave

Comportamento abituale:

- ☐ Tranquillo
- ☐ Ansioso
- ☐ Aggressivo

RESIDENZA PER ANZIANI CASTIONS

SCHEDA DI INGRESSO

Orientamento spazio/tempo:

- ☐ Conservato
☐ Compromesso

Ritmo sonno-veglia:

- ☐ Regolare
☐ Irregolare

Linguaggio:

- ☐ Normale
☐ Compromesso

Presenta difficoltà visive?

- ☐ No
☐ Sì Specificare.....
☐ Porta occhiali

Presenta difficoltà uditive?

- ☐ No
☐ Sì Specificare.....
☐ Porta apparecchio acustico

Presenta lesioni cutanee?

- ☐ No
☐ Sì Specificare.....

Ha presentato delle cadute nel corso degli ultimi 3 mesi?

- ☐ No
☐ Sì Quante volte?..... Specificare.....

Ha lamentato vertigini o capogiri negli ultimi 3 mesi?

- ☐ No
☐ Sì Specificare.....

Ha subito dei interventi chirurgici / ortopedici in passato?

- ☐ No
☐ Sì Specificare.....

Altre informazioni utili :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RESIDENZA PER ANZIANI CASTIONS

SCHEDA DI INGRESSO

La persona attualmente è in terapia con i seguenti farmaci:
(compilare tabella sottostante)

orario	nome del farmaco	forma farmacologica	dosaggio	quantità
		(compresse, gocce, supposte, cerotti, ecc.)		
ore 8				
ore 12				
ore 18				
ore 20				

Altre terapie (periodiche, al bisogno)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tali farmaci verranno portati e consegnati all'infermiere di nucleo nel giorno dell'accoglimento in struttura.



RESIDENZA PER ANZIANI CASTIONS

SCHEDA DI INGRESSO

In caso di febbre le veniva somministrato Paracetamolo/ Tachipirina?

☐ Sì

☐ No, si somministrava _____

La persona è stata vaccinata in passato?

☐ No

☐ Sì

○ Vaccinazione antinfluenzale anno _____

○ Vaccinazione antipneumococcica anno _____

Sono state prenotate delle visite specialistiche di controllo per le prossime settimane?

☐ No

☐ Sì Specificare.....

La presente scheda è stata compilata da:

Cognome _____ Nome _____

Relazione/grado di parentela con l'ospite: _____

Data

Firma.....

Documenti da allegare:

-carta d'identità (fotocopia, con fotografia ben visibile)

-tessere sanitarie (in originale; controllare che ci siano specificate le eventuali esenzioni)

-modulo trasporti sanitari

-documentazione sanitaria (lettere di dimissione, referti vari, radiografie, ecc.)

* L'infermiere presente in struttura può somministrare le terapie farmacologiche soltanto dopo che il medico curante ha firmato il foglio unico di terapia.

Nel caso in cui il proprio medico non può seguire la persona in Casa di Riposo si deve presentare domanda per cambio medico, scegliendo uno dei medici disponibile a seguire l'ospite in struttura. La domanda va presentata al Distretto Sanitario Azzano Decimo (PN). Il cambio medico deve essere eseguito **prima** dell'accoglimento dell'ospite in Casa di Riposo.