



Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO

Mod CISP Rev
30.12.2020



REGIONE LIGURIA

DOMANDA INGRESSO: SCHEDA PERSONALE

Cognome _____	Nome _____	Sesso M	F
Nato/a il ____/____/____ a _____	Prov _____	Stato civile _____	
Codice fiscale _____	eventuale esenzione _____		
Residente in _____	Via _____	n. _____	
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____			
Chiede di essere inserito nella Residenza Protetta			
In modo temporaneo		In modo permanente	

AUTONOMIA E STATO MENTALE (medico curante)

Coerenza <input type="checkbox"/> coerente <input type="checkbox"/> parzialmente o saltuariamente incoerente <input type="checkbox"/> incoerente (necessita di sorveglianza continua)	Abbigliamento <input type="checkbox"/> autosufficiente <input type="checkbox"/> parzialmente autosufficiente <input type="checkbox"/> non autosufficiente
Udito <input type="checkbox"/> sente bene (anche con protesi acustica) <input type="checkbox"/> la funzione è parzialmente conservata <input type="checkbox"/> non udente	Continenza <input type="checkbox"/> continente <input type="checkbox"/> incontinente saltuario <input type="checkbox"/> incontinente
Orientamento <input type="checkbox"/> ben orientato <input type="checkbox"/> parzialmente o saltuariamente orientato <input type="checkbox"/> disorientato temporo-spaziale	Inserimento sociale <input type="checkbox"/> nessun problema di inserimento <input type="checkbox"/> ha qualche difficoltà (contrastanti) <input type="checkbox"/> gravi problemi (non riesce a mantenere rapporti)
Parola <input type="checkbox"/> parla e comprende normalmente <input type="checkbox"/> ha difficoltà nell'espressione verbale <input type="checkbox"/> ha turbe gravi sia dell'espressione che della comprensione verbale	Mobilizzazione da letto <input type="checkbox"/> si alza senza aiuto <input type="checkbox"/> deve essere aiutato <input type="checkbox"/> deve essere alzato passivamente
Igiene <input type="checkbox"/> autosufficiente <input type="checkbox"/> parzialmente autosufficiente <input type="checkbox"/> non autosufficiente	Vista <input type="checkbox"/> vede bene (anche con lenti) <input type="checkbox"/> la funzione è parzialmente conservata <input type="checkbox"/> non vedente
Aiuto nell'alimentazione <input type="checkbox"/> nessun aiuto <input type="checkbox"/> adattamento al pasto (aiuto per tagliare i cibi) <input type="checkbox"/> aiuto totale e sorveglianza continua	Aiuto alla deambulazione <input type="checkbox"/> nessun aiuto <input type="checkbox"/> aiuto meccanico (bastone, tripode, carrozzella) <input type="checkbox"/> aiuto umano (anche per spingere la carrozzella)
Eventuali note aggiuntive: _____ _____ _____	



Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO



REGIONE LIGURIA

Mod CISP Rev
30.12.2020

CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE

PROTESI

No Si (indicare quali)

DIETA

No Si (indicare quale)

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE

No Si (indicare quali)

ALTRO

Eventuale documentazione di ricoveri pregressi

PROBLEMI CLINICI E/O RIABILITATIVI pregressi e in corso: (compilato dal medico curante)

TERAPIA in corso (con orario assunzione): (compilato dal medico curante)



Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO

Mod CISP Rev

30.12.2020



REGIONE LIGURIA

È in grado di presentarsi a visita medica di controllo a carattere ambulatoriale? Sì No

Ai fini di un approfondimento circa la situazione clinica come sopra descritta può essere contattato il:

1/ Dott. ¹ _____ con studio in _____
Via _____ Tel _____

2/ Dott. ² _____ con studio in _____
Via _____ Tel _____

**IN CASO DI ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA, PRIMA
DELL'ACCESSO IN STRUTTURA SI DOVRANNO FORNIRE/
DOVRANNO ESSERE RICHIESTE AL MEDICO CURANTE:**

(Impegnandosi a seguire scrupolosamente tutte le indicazioni della Direzione Sanitaria)

1) RX torace (RECENTE)

2) tampone per la ricerca del Covid-19

3) I seguenti esami o le richieste del medico curante:

- | | |
|--|-------------------------------|
| - Emocromo | - Potassio |
| - Sideremia | - HIV |
| - Glicemia (se diabetica/o anche emoglobina glicata) | - Anti HCV |
| - Creatininemia | - VDRL |
| - Colesterolo totale | - HBs Ag |
| - Colesterolo HDL | - Urine |
| - Trigliceridi | - Tampone rettale ricerca KPC |
| - Transaminasi (ast, alt) | - Coprocoltura per salmonella |
| - Sodio | |

1 medico di Medicina Generale competente o altro medico di fiducia

2 specialista

Fondazione Nostra Signora di Misericordia

Via Boagno, 31 - 17015 Celle Ligure (SV) - Tel. 019 99 00 64 - Fax. 019 99 19 58

PEC: casanssmisericordia@pec.it - C.F. 800 053 700 95 - P.IVA 004 630 400 97

<http://www.casansmisericordia.it/>



Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO

Mod CISP Rev

30.12.2020



REGIONE LIGURIA

Il sottoscritto, impegnandosi a fornire quanto richiesto ed a seguire pedissequamente le indicazioni della Direzione Sanitaria, dichiara quanto sopra sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti non più corrispondenti a verità.

Data _____/_____/_____

Firma per esteso

Si allega copia documento di riconoscimento:

Carta d'identità Passaporto Patente

N° _____

Data emissione _____ Data scadenza _____

Autorità _____

Fondazione Nostra Signora di Misericordia

Via Boagno, 31 - 17015 Celle Ligure (SV) - Tel. 019 99 00 64 - Fax. 019 99 19 58

PEC: casanssmisericordia@pec.it - C.F. 800 053 700 95 - P.IVA 004 630 400 97

<http://www.casansmisericordia.it/>



Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO

Mod CISP Rev

30.12.2020



REGIONE LIGURIA

Domanda ingresso: Modulo di Consenso Informazioni a Terzi

Quadro A - Soggetti consapevoli

Premesso che :

- i dati da Lei forniti verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679
- il trattamento dei Suoi dati sanitari ha “finalità di cura”, ovvero è esplicitamente connesso al servizio di ospitalità ed assistenza
- sono trattati sotto la responsabilità del Direttore Sanitario soggetto al segreto professionale

Il/la Sig./Sig.ra

Cognome				
Nome				
Nato il		A	Prov.	
Stato Civ.		Residente a	Prov.	
Via e n.				
Recapito Tel.		email		
Cod. Fiscale				

Cosciente, perfettamente in grado d'intendere e volere, esprime il proprio consenso per l'informazione a terzi - ai sensi dell'art.32 del Codice di Deontologia Medica, fatto salvo quanto previsto all'articolo 9 allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di altri – designando quale persona/e autorizzata/e:

1/

Cognome				
Nome				
Nato il		A	Prov.	
Stato Civ.		Residente a	Prov.	
Via e n.				
Recapito Tel.		email		
Cod. Fiscale				

Fondazione Nostra Signora di Misericordia

Via Boagno, 31 - 17015 Celle Ligure (SV) - Tel. 019 99 00 64 - Fax. 019 99 19 58

PEC: casanssmisericordia@pec.it - C.F. 800 053 700 95 - P.IVA 004 630 400 97

<http://www.casansmisericordia.it/>



Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO

Mod CISP Rev

30.12.2020



REGIONE LIGURIA

2/

Cognome				
Nome				
Nato il		A	Prov.	
Stato Civ.		Residente a	Prov.	
Via e n.				
Recapito Tel.		email		
Cod. Fiscale				

Data _____

Firma del dichiarante

Firma dei soggetti autorizzati



Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO

Mod CISP Rev

30.12.2020



REGIONE LIGURIA

Domanda ingresso: Modulo di Consenso Informazioni a Terzi

Quadro B Soggetti non consapevoli

Premesso che :

- i dati da Lei forniti verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679
- il trattamento dei dati sanitari da Lei forniti ha “finalità di cura”, ovvero è esplicitamente connesso al servizio di ospitalità ed assistenza
- sono trattati sotto la responsabilità del Direttore Sanitario soggetto al segreto professionale

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto _____ nato a _____

Prov. ____ il ___/___/___ Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n° _____

Recapito tel. _____ E-mail _____

Doc. n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARO

(dichiarare le condizioni della Persona per la quale si agisce ed il proprio ruolo: tutore,
curatore, amministratore di sostegno, ecc)

Fondazione Nostra Signora di Misericordia

Via Boagno, 31 - 17015 Celle Ligure (SV) - Tel. 019 99 00 64 - Fax. 019 99 19 58

PEC: casanssmisericordia@pec.it - C.F. 800 053 700 95 - P.IVA 004 630 400 97

<http://www.casansmisericordia.it/>



Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO

Mod CISP Rev
30.12.2020



REGIONE LIGURIA

Dichiaro di essere informato, ai sensi del Reg.to UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo, data)

Il dichiarante

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto;
- sottoscritta e inviata (all'ufficio competente) per posta, via fax o tramite incaricato **allegando la fotocopia non autenticata di un documento di identità.**

Fondazione Nostra Signora di Misericordia

Via Boagno, 31 - 17015 Celle Ligure (SV) - Tel. 019 99 00 64 - Fax. 019 99 19 58

PEC: casanssmisericordia@pec.it - C.F. 800 053 700 95 - P.IVA 004 630 400 97

<http://www.casanssmisericordia.it/>