



Fondazione
OPERE LAICHE LAURETANE
E CASA HERMES

CASA HERMES

**DOMANDA
AMMISSIONE
SOLLIEVO**

DOMANDA DI AMMISSIONE IN RICOVERO TEMPORANEO

DAL _____ AL _____

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. (_____)

Residente a _____ Via/Piazza _____ n° _____

Prov. (_____) CAP _____ Telefono _____

Cell. _____ e.mail _____

Documento di identità _____ Codice Fiscale _____

Asl di appartenenza _____

Medico curante Dott _____ Telefono _____

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE IN RICOVERO TEMPORANEO

Dati anagrafici del caregiver:

Cognome _____ Nome _____

parente amministratore sostegno tutore assistente Sociale

Grado di parentela con l'Ospite _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. (_____)

Residente a _____ Via/Piazza _____ n° _____

Prov. (_____) CAP _____ Telefono _____

Cell. _____ e.mail _____

Documento di identità _____ Codice Fiscale _____

Altri riferimenti dell'ospite da contattare:

COGNOME NOME	PARENTELA	TELEFONO



CASA HERMES

**DOMANDA
AMMISSIONE
SOLLIEVO**

Elenco dei documenti da produrre al momento della presentazione della domanda:

1. Fotocopia della carta d'identità;
2. Fotocopia del Codice Fiscale;
3. Fotocopia del verbale o della domanda di invalidità, se posseduta;
4. Fotocopia tesserino esenzione ticket;
5. Fotocopia della carta d'identità del caregiver

Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso:

1. Bonifico bancario

Firma dell'Ospite (facoltativa)

Firma del Caregiver

Nel caso in cui la domanda di ricovero temporaneo non sia sottoscritta dall'Ospite, è effettuata con il consenso di quest'ultimo.

Luogo e data



Fondazione
OPERE LAICHE LAURETANE
E CASA HERMES

CASA HERMES

**DOMANDA
AMMISSIONE
SOLLIEVO**

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE: _____

Dati assistito/a :

Cognome _____ Nome _____

Stato civile: coniugato/a celibe/nubile vedovo/a

Vive con: coniuge/convivente figli/parenti solo/a altro _____

Esenzioni: _____

Invalidità: No Si Percentuale: _____% **Accompagno** No Si

Prescrizioni presidi: Si Quali: _____ No

Ausili di proprietà: Si Quali: _____ No

Ausili prescritti in dotazione: Si Quali: _____ No

Attualmente si trova: a casa in ospedale, quale: _____

altra RP, quale: _____

Patologia in atto

Il Sig./ra è affetto/a da malattie contagiose o infezioni in corso: Si No

Se sì quali: _____

Può vivere in comunità: Si No



CASA HERMES

**DOMANDA
AMMISSIONE
SOLLIEVO**

Stato mentale e comunicazione:

- completamente disorientato nel tempo e nello spazio
- parzialmente disorientato nel tempo e nello spazio
- completamente vigile

Stato comportamentale:

- Wandering, incapace di stare fermo talvolta o spesso aggressivo
- irrequieto, si agita durante la conversazione, muove le mani e i piedi, tocca vari oggetti
- non presenta segni di irrequietezza, è tranquillo
- allettato o in carrozzina, incapace di movimenti autonomi

Presenza di:

- Aggressività verbale
- Aggressività fisica autodiretta
- Aggressività fisica eterodiretta
- Deliri
- Allucinazioni
- Confabulazione
- Depressione

- Stato nutrizionale:** adeguato malnutrizione obesità
- Dieta** libera per diabetici per nefropatici altro: _____
- Deglutizione** regolare
- disfagia liquidi disfagia solidi
- Vista:** normale ipovisus cecità
- Udito:** normale ipoacusia
- Linguaggio:** normale disartria afasia
- Incontinenza:** No No, ma difficoltà a raggiungere wc Si
- solo urine solo feci completa
- Usa:** pannolone catetere vescicale stomie _____
- Stazione eretta:**
- buona
 - incerta
 - con ausilio (specificare quale) _____



CASA HERMES

**DOMANDA
AMMISSIONE
SOLLIEVO**

impossibile

Equilibrio: stabile instabile

Utilizzo ausili di contenzione fisica: No Si, quali _____

Deambulazione:

- dipendenza totale rispetto alla deambulazione
- necessita la presenza di una o più persone per la deambulazione
- autonomo nella deambulazione, usa stampelle, bastone, ecc., percorre 50 metri senza aiuto

Locomozione su sedia a rotelle:

- ospite in carrozzina, totalmente dipendente per la locomozione
- indispensabile la presenza di una persona per accostarsi al tavolo, al letto, ecc...
- autonomia per la locomozione, percorre più di 50 metri

Igiene personale:

- completamente dipendente
- necessaria l'assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- completamente indipendente

Alimentazione:

- Alimentazione via PEG, SNG, ecc.
- totalmente dipendente, va imboccato
- necessita assistenza attiva
- totalmente indipendente

Lesioni: No Si

Sede: _____ Stadio _____

Medicazioni in atto: No Si Sede: _____

tipo: _____ Frequenza: _____

Ricoveri per patologia psichiatrica: No Si

Grado di collaborazione: collaborante poco collaborante assenza di collaborazione



Fondazione
OPERE LAICHE LAURETANE
E CASA HERMES

CASA HERMES

**DOMANDA
AMMISSIONE
SOLLIEVO**

Terapie mediche in atto

Terapie particolari in corso o programmate:

No

Si

Nutrizione parenterale totale

Nutrizione enterale

Ossigenoterapia

Chemioterapia

Dialisi

altro: _____

Allergie a farmaci e/o alimenti:

No

Si, quali: _____

Portatore di pace-maker:

No

Si, impiantato il
//___

Data ___ / ___ / ___

Firma del Medico curante

Firma del Caregiver
