

| | | | | |
|---|---|--|--------------------------|--------|
|  | DOMANDA DI AMMISSIONE POSTI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI RSA MADONNA DEL SOCCORSO – FAUGLIA CONVENZIONE ASL N. 5 PISA | | DOC MDS 14 | |
| | | | Data: 24.11.15 Rev. 1 | Pag. 1 |

Fauglia li, _____
 Il/la Sottoscritto/a _____ nat _____
 il _____ a _____ residente a _____
 _____ Via _____ n _____
 _____ tel _____ / _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a in forza della convenzione con la ASL n. 5 di Pisa presso codesta RSA 'Madonna del soccorso' ONLUS di Fauglia (PI) accreditata ai sensi della LRT 82/09 e, a tale scopo, dichiara:

1) Di accettare il regolamento interno e di sottoscrivere il **“Contratto Paganti”** congiuntamente al Garante

Sig./sig.ra _____
 in qualità di _____ Nat _____ a _____
 _____ il _____
 _____ residente a _____

Via _____ n _____
 tel _____ E-mail _____

Di avanzare presente istanza per seguente motivazione: _____

A Tal fine dichiara, dietro propria responsabilità, che l'utente sottoscritto che richiede l'ingresso presso la RSA 'Madonna del Soccorso' di Fauglia (PI) non è autosufficiente come da attestazione personale e da apposita valutazione effettuata dalla commissione multidimensionale della Asl di riferimento;

3) di essere a conoscenza ed impegnarsi a rispettare l'ispirazione cattolica dell'ente che gestisce la struttura pur nel pieno rispetto del fondamentale principio di libertà religiosa considerata la natura non lucrativa del Vs. Ente richiede una riduzione della retta pari a _____ giornaliera.

RICHIEDENTE

GARANTE



**DOMANDA DI AMMISSIONE
POSTI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
RSA MADONNA DEL SOCCORSO – FAUGLIA
CONVENZIONE ASL N. 5 PISA**

DOC MDS 14

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 2

Sig, _____ nat _____
il _____
a _____ residente a _____
Via _____ n _____

EVENTI PATOLOGICI PREGRESSI

(ricoveri, interventi chirurgici, fratture, malattie che hanno lasciato postumi, specificando ove possibile
l'anno in cui sono avvenuti)

MALATTIE IN ATTO



**DOMANDA DI AMMISSIONE
POSTI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA
CONVENZIONE ASL N. 5 PISA**

DOC MDS 14

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 3

TERAPIA ORALE

| Inizio | Farmaco/Principio attivo | Ore 8.30 | Ore 12.30 | Ore 16.00 | Ore 19.00 | fine |
|--------|--------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

TERAPIA DI ALTRO TIPO

| Inizio | Farmaco/Principio attivo | Ore 8.30 | Ore 12.30 | Ore 16.00 | Ore 19.00 | Fine |
|--------|--------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

TERAPIA INIETTIVA

| Inizio | Farmaco/Principio attivo | Ore 8.30 | Ore 12.30 | Ore 16.00 | Ore 19.00 | Fine |
|--------|--------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

TIMBRO, DATA E FIRMA DEL MEDICO CURANTE



**DOMANDA DI AMMISSIONE
POSTI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
RSA MADONNA DEL SOCCORSO – FAUGLIA
CONVENZIONE ASL N. 5 PISA**

DOC MDS 14

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 4

| CONDIZIONI PSICHICHE | | |
|--------------------------------------|-----------|-----------|
| INTEGRE | SI | NO |
| ICTUS | SI | NO |
| CONFUSIONE E DISORIENTAMENTO | SI | NO |
| AGITAZIONE PSICOMOTORIA | SI | NO |
| DEMENZA | SI | NO |
| ALTRO:..... | SI | NO |
| ALTRO:..... | SI | NO |
| ALTRO:..... | SI | NO |
| CONSAPEVOLE DEL PROPRIO STATO | SI | NO |
| VOLONTA' DI MIGLIORARE | SI | NO |
| ANGOSCIATO | SI | NO |
| SERENO | SI | NO |
| CONDIZIONI FISICHE | | |
| INCONTINENZA URINARIA | SI | NO |
| INCONTINENZA FECALE | SI | NO |
| ULCERE DA DECUBITO | SI | NO |
| PORTATORE PANNOLONE/CATETERE | SI | NO |
| DEAMBULAZIONE AUTONOMA | SI | NO |
| LOCALIZZAZIONE ULCERE: | | |
| | | |
| MALATTIE CARDIOVASCOLARI | SI | NO |
| MALATTIE RESPIRATORIE | SI | NO |
| MALATTIE OSTEOARTICOLARI | SI | NO |
| MALATTIE NEUROLOGICHE | SI | NO |
| MUTISMO | SI | NO |
| TRAUMI E FRATTURE | SI | NO |
| CECITA' | SI | NO |
| SORDITA' | SI | NO |

Certifico inoltre che non presenta malattie infettive contagiose (HbsAg, HCV, gpt, got, ggt, VDRL, Coprocoltura, es parassitologico feci) e che può vivere in comunità e che la persona non è autosufficiente a data odierna ed è impossibilitata a vivere presso il nucleo familiare di provenienza.

_____ li, _____

Il Medico Curante (Firma e timbro)



**DOMANDA DI AMMISSIONE
POSTI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
RSA MADONNA DEL SOCCORSO – FAUGLIA
CONVENZIONE ASL N. 5 PISA**

DOC MDS 14

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 5

**PRESCRIZIONE DI MEZZI DI CONTENZIONE E TUTELA SALUTE E SICUREZZA
PERSONALE DA PARTE DEL MEDICO**

Data _____

Cognome/nome dell'utente _____

Residenza _____

Il/la sottoscritto/a dott./dott.sa _____ preso atto
dei seguenti problemi e patologie dell'utente

prescrive, nell'interesse esclusivo alla tutela dei principi fondamentali di difesa e promozione della salute e sicurezza dell'utente sopra indicato i seguenti mezzi di contenzione – protezione e tutela personale:

| Presidio | Verifica contenzione | Rivalutazione contenzone | Note ed osservazioni |
|----------|----------------------|--|----------------------|
| | Massimo ogni 2 ore | Ogni sei mesi in sede di programmazione PAI o in caso di mutamento del quadro clinico | |

Dichiaro inoltre di avere svolto consenso informato alle persone interessate e/oi suoi familiari circa la prescrizione sopra riportate.

Si assegna alla equipe di lavoro della RSA 'Madonna del soccorso' di Fauglia composta almeno da un infermiere, fisioterapista, addetto all'assistenza di base l'obbligo di rivalutare in sede di PAI l'idoneità delle misure adottate segnalando al/alla sottoscritto/a con immediatezza l'eventuale necessità di cambiare la prescrizione.

_____, li _____

Il medico prescrittore

Per conoscenza ed accettazione

Fauglai, li _____

L'utente

Il familiare



**DOMANDA DI AMMISSIONE
POSTI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
RSA MADONNA DEL SOCCORSO – FAUGLIA
CONVENZIONE ASL N. 5 PISA**

DOC MDS 14

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 6

AUTORIZZAZIONE-RICHIESTA DELL'UTENTE DELLA CONTENZIONE

La sottoscritta _____

dichiaro di aver ricevuto, nel corso di un colloquio personale con il/la

Dott.sa _____

Informazioni dettagliate circa :

- la natura della mia malattia e sul tipo di trattamento terapeutico suggerito come utile al mio caso.
- la mia richiesta di uso di

Osservazioni:

Dichiaro, pertanto, di consentire/richiedere espressamente, nel pieno delle mie facoltà mentali, che venga eseguito sulla mia persona il seguente trattamento:

consapevole, in quanto adeguatamente informato/a, dei rischi e dei benefici che esso può comportare/ degli effetti collaterali che ne possono derivare in ordine alla funzionalità degli organi interessati e, quindi, alla qualità della vita, nonché alle alternative possibili al trattamento da intraprendere.

Sono stato informato/a che tale consenso all'utilizzo della contenzione può esser revocato in ogni momento nel pieno rispetto del principio fondamentale di libertà e dignità inviolabile della persona umana.

Firma del paziente:

Firma del familiare:

Firma del medico che ha informato:

Data:



**DOMANDA DI AMMISSIONE
POSTI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
RSA MADONNA DEL SOCCORSO – FAUGLIA
CONVENZIONE ASL N. 5 PISA**

DOC MDS 14

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 7

**AUTORIZZAZIONE COMUNICAZIONE PROPRI DATI PERSONALI-SENSIBILI (D.lgs.
196/2003)**

**TUTELA DELLE PERSONE ED ALTRI SOGGETTI RISPETTO AL TRATTAMENTO DEI
DATI PERONALI: D. lgs. 196/03**

La/il sottoscritta/o _____ inserito/a Presso la Struttura “**RSA MA-
DONNA DEL SOCCORSO**” di Fauglia (PI) gestita della **Fondazione Madonna del Soccorso ON-
LUS** di FAUGLIA (PI)

DICHIARA

- DI AUTORIZZARE il personale operante nella Struttura a fornire notizie sul proprio stato di sa-
lute esclusivamente alle seguenti persone sia via telefonica che mediante colloquio personale e/o al-
tre modalità consentite dalla legge:

_____/_____

_____/_____

/// **- DI non AUTORIZZARE** il personale operante nella Struttura a fornire notizie sul proprio sta-
to di salute a nessuno salvo quanto previsto dalla legge e dalla necessità di svolgere il servizio di as-
sistenza sociale presso la struttura che mi ospita;

/// **- DI ESSERE A CONOSCENZA CHE**, fatta salva esplicita richiesta scritta, saranno fornite in-
formazioni sulla sua presenza nella Struttura esclusivamente agli enti preposti dalla legge (Asl,
Questura, Comuni e similari).

Data _____

FIRMA _____

| | | | | |
|---|---|--|--------------------------|--------|
|  | DOMANDA DI AMMISSIONE POSTI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI RSA MADONNA DEL SOCCORSO – FAUGLIA CONVENZIONE ASL N. 5 PISA | | DOC MDS 14 | |
| | | | Data: 24.11.15 Rev. 1 | Pag. 8 |

**Autorizzazione pubblicazione foto
ed immagini personali**

Con la presente il/la sig./sig.ra _____
e/o _____ il _____ suo _____ garante/familiare

- autorizzano
 non autorizzano

La direzione della struttura, senza nulla pretendere, a pubblicare delle fotografie e /o filmati raffiguranti l'ospite stesso e/o momenti di incontro e festa, sul sito internet della Fondazione, sulle pagine ufficiali dei Social Network e/o su riviste con la finalità esclusivamente di presentazione della struttura, delle attività ivi svolte e di promozione.

La struttura si impegna a rispettare la volontà contraria espressa nella presente liberatoria e a rispettare quanto previsto dalla normativa vigente sulla privacy.

Fauglia, _____

L'utente

Il familiare



**DOMANDA DI AMMISSIONE
POSTI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
RSA MADONNA DEL SOCCORSO – FAUGLIA
CONVENZIONE ASL N. 5 PISA**

DOC MDS 14

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 9

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Gentile Signore/a,

con il Suo ingresso presso la nostra RSA 'Madonna del soccorso' di Fauglia (PI) desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: 1) pratiche di natura amministrativo-economica connessa all'attuazione del contratto stipulato, pagamento delle rette e similari; 2) assicurare un corretto svolgimento del servizio di assistenza sociale e socio sanitaria come previsto dalla legge da parte di tutti gli operatori addetti al servizio; 3) svolgere le comunicazioni obbligatorie agli enti preposti dalla normativa quali ASL, Comuni, Questura e similari.

2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale ed informatico. I dati saranno conservati presso la sede della RSA in Piazza S. Lorenzo n. 9 a Fauglia (PI) che La ospita e, in maniera specifica, nei seguenti uffici: a) Direzione primo piano; b) Amministrazione primo piano; c) Infermeria piano terra; d) Reparto operatori piano terra.

3. Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio in quanto richiesto dalle varie normative di settore e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati non potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto.

4. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione salvo quanto da Lei disposto in altra parte della stessa domanda di ingresso oppure se richiesto dalla legge.

Il trattamento riguarderà anche i dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché – e nella fattispecie soprattutto - i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute dell'utente.

La informiamo che il conferimento di questi dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornirli potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto/la mancata prosecuzione del rapporto.

5. Il titolare del trattamento è: mons. Morello Morelli in qualità di Presidente e Legale rappresentante della Fondazione 'madonna del soccorso' ONLUS che gestisce la RSA 'Madonna del soccorso' di fauglia (PI);

6. Il responsabile del trattamento è l'avv. Riccardo Novi in qualità di Direttore generale della Fondazione 'madonna del soccorso' ONLUS di Fauglia (PI) che gestisce la RSA 'madonna del soccorso' di Fauglia (PI) così come indicato nell'apposito DPS di struttura;

8. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

Decreto Legislativo n.196/2003,

Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti



**DOMANDA DI AMMISSIONE
POSTI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
RSA MADONNA DEL SOCCORSO – FAUGLIA
CONVENZIONE ASL N. 5 PISA**

DOC MDS 14

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 10

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a) dell'origine dei dati personali;
- b) delle finalità e modalità del trattamento;
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Fauglia, lì _____

Utente

Familiare



**DOMANDA DI AMMISSIONE
POSTI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
RSA MADONNA DEL SOCCORSO – FAUGLIA
CONVENZIONE ASL N. 5 PISA**

DOC MDS 14

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 11

Informativa organizzativa:

Con la presente i sottoscritti:

- 1) _____ in qualità di utente;
 - 2) _____ in qualità di familiare/amministratore di sostegno;
 - 3) _____ in qualità di familiare/amministratore di sostegno;
- dell'utente _____

dichiara/dichiarano:

- di aver ricevuto copia del Regolamento interno della struttura RSA 'Madonna del soccorso' di Fauglia (PI);
- di aver ricevuto copia della Carta dei servizi della RSA 'Madonna del soccorso' di Fauglia (PI);
- di essere stato informata che la equipe di lavoro redigerà, ai sensi della normativa di settore, apposito PAI relativo all'utente cui sono stato invitato a partecipare quale momento qualificante della programmazione del servizio di assistenza socio-sanitaria svolto a favore dell'utente;
- di esser stati messi a conoscenza della ispirazione cattolica della struttura chiedendoci di rispettarla in caso di ingresso come da Regolamento interno;
- di esser stato informato circa la procedura per effettuare reclami secondo apposita modulistica;
- di essere stato informato che lo stato di non-autosufficienza è soggetta a rivalutazione periodica da parte della equipe durante il PAI e che, in caso di variazione dello stato, la coordinatrice, sentita la Direzione,

| | | | | |
|---|--|--|--------------------------|---------|
|  | DOMANDA DI AMMISSIONE POSTI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI RSA MADONNA DEL SOCCORSO – FAUGLIA CONVENZIONE ASL N. 5 PISA | | DOC MDS 14 | |
| | | | Data: 24.11.15 Rev. 1 | Pag. 12 |

può darne comunicazione alla Asl n. 5 affinché possa procedere ad una rivalutazione anche con inserimento in modulo BIA..

_____, li _____

Firma/e

Il Direttore della RSA 'Madonna del soccorso' di Fauglia (PI) avv. Riccardo Novi dispone al Coordinatore di struttura di essere immediatamente avvisato per scritto dall'eventuale mutamento del grado di non autosufficienza dell'ospite accertato dall'equipe di lavoro durante un PAI o in altro incontro prima che lo stesso sia comunicato alla Asl di competenza.

_____, li _____

Il Direttore

_____, li _____

Per accettazione

Il Coordinatore