

	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE POSTI PER PERSONE AUTOSUFFICIENTI RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA</b>		<b>DOC MDS 14a</b>	
			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 codesta RSA 'Madonna del soccorso' ONLUS di Fauglia (PI) 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 è autosufficiente come da attestazione personale e medica e richiede l'accesso al Vostro servizio in quanto versa in una situazione personale effettivamente e concretamente marginale e disagiata sotto l'aspetto non economico ma sociale e familiare trovandosi anche in condizione di solitudine e, quindi, di bisogno.

RICHIEDENTE

GARANTE

\_\_\_\_\_



**DOMANDA DI AMMISSIONE  
POSTI PER PERSONE AUTOSUFFICIENTI  
RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA**

**DOC MDS 14a**

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**

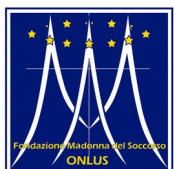
---

---

---

---

---



**DOMANDA DI AMMISSIONE  
POSTI PER PERSONE AUTOSUFFICIENTI  
RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA**

**DOC MDS 14a**

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 AUTOSUFFICIENTI  
RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA**

**DOC MDS 14a**

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 4

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

**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 mantiene, almeno negli aspetti essenziali, allo stato attuale, la sua autosufficienza a data odierna.**

li, \_\_\_\_\_

Il Medico Curante (Firma e timbro)

\_\_\_\_\_



**DOMANDA DI AMMISSIONE  
POSTI PER PERSONE AUTOSUFFICIENTI  
RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA**

**DOC MDS 14a**

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.ssa \_\_\_\_\_ 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 contenzione	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

	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE POSTI PER PERSONE AUTOSUFFICIENTI RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA</b>		<b>DOC MDS 14a</b>	
			Data: 24.11.15 Rev. 1	Pag. 6

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  
Fauglia, li \_\_\_\_\_

Utente

Familiare



**DOMANDA DI AMMISSIONE  
POSTI PER PERSONE AUTOSUFFICIENTI  
RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA**

**DOC MDS 14a**

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 7

**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 AUTOSUFFICIENTI  
RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA**

**DOC MDS 14a**

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 8

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

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

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ inserito/a Presso la Struttura **“RSA MADONNA DEL SOCCORSO”** di Fauglia (PI) gestita della **Fondazione Madonna del Soccorso ONLUS** di FAUGLIA (PI)

**DICHIARA**

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_







**DOMANDA DI AMMISSIONE  
POSTI PER PERSONE AUTOSUFFICIENTI  
RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA**

**DOC MDS 14a**

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 10

**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:



**DOMANDA DI AMMISSIONE  
POSTI PER PERSONE AUTOSUFFICIENTI  
RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA**

**DOC MDS 14a**

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 11

Decreto Legislativo n.196/2003,

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

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 AUTOSUFFICIENTI  
RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA**

**DOC MDS 14a**

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 12

**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;



**DOMANDA DI AMMISSIONE  
POSTI PER PERSONE AUTOSUFFICIENTI  
RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA**

**DOC MDS 14a**

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 13

- di essere stato informato che lo stato di autosufficienza dichiarata dal medico ed autocertificata che ci consente di usufruire del posto all'interno della struttura è soggetta a revisione da parte della équipe durante il PAI e che, in caso di perdita di tale stato, la Direzione – debitamente avvisata dal coordinatore - comunicherà i termini per lasciare la struttura dovendo i sottoscritti individuare apposita altra residenza per persona non autosufficiente.

\_\_\_\_\_, 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 perdita del grado di autosufficienza dell'ospite accertato dall'équipe di lavoro durante un PAI o in altro incontro.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Direttore

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Per accettazione

Il Coordinatore



**DOMANDA DI AMMISSIONE  
POSTI PER PERSONE AUTOSUFFICIENTI  
RSA MADONNA DEL SOCCORSO - FAUGLIA**

**DOC MDS 14a**

Data: 24.11.15

Rev. 1

Pag. 14

**Alla Cortese Attenzione  
Direzione  
RSA 'Madonna del soccorso'  
Piazza S. Lorenzo n. 9  
FAUGLIA (PI)**

**OGGETTO: istanza accoglienza in RSA 'Madonna del soccorso' di Fauglia (PI) – autosufficienti in regime privato - motivazione**

Con la presente il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ dichiara di essere autosufficiente come da attestazione medica ma chiede l'ingresso presso la Vostra RSA di Fauglia (Pi), con posto per autosufficiente in regime privato, in quanto, pur mantenendo, almeno negli elementi essenziali la sua autosufficienza fisica si trova in una situazione familiare, sociale e relazionale assai grave e di solitudine tale da richiedere un necessario ed improrogabile intervento assistenziale permanente e globale nella sfera individuale soprattutto nell'ambito relazionale e sociale di supporto alla persona essendo impossibilitato a permanere nel proprio nucleo familiare.

Inoltre, vista la natura non lucrativa della Vostra Fondazione, richiede uno sconto della retta giornaliera pari a.....euro rispetto alle.....stabilite dalla Direzione e, quindi, portando la retta giornaliera alla cifra di.....;

Non si tratta quindi di una motivazione solamente economica ma, soprattutto, dettata da tale motivazione stringente ed improrogabile.

Fauglia, li \_\_\_\_\_

In fede