

**FONDAZIONE CASA DI RIPOSO DI SAN BENIGNO CANAVESE**

VIA REGINA MARGHERITA, 51 - 10080 SAN BENIGNO CANAVESE (TO)

**RICHIESTA DI ACCOGLIMENTO**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a ..... il .....

Residente a: ..... via .....

Attualmente è:

☐

Autosufficiente

☐

Parzialmente autosufficiente

☐

**Non autosufficiente**

Impronta caratteriale .....

Deambulazione: .....

Alimentazione: .....

Orientamento/Lucidità .....

Recapito parente dell'ospite:

Cognome ..... Nome .....

Indirizzo .....

Tel. ....

Data .....

Firma .....

**DECORSI 3 MESI DALLA DATA DI RICHIESTA DI RICOVERO, LA STESSA NON SARÀ PIÙ TENUTA IN CONSIDERAZIONE A MENO CHE IL RICHIEDENTE NON RINNOVI (VIA TELEFONO/VIA FAX O VIA MAIL) LA RICHIESTA**

*La informiamo che i Suoi dati saranno trattati per lo svolgimento delle attività necessarie per il raggiungimento delle finalità indicate e descritte nel presente modulo - art. 13 e 14 - Reg (CE) 679/2016 - GDPR*

# CASA DI RIPOSO DI SAN BENIGNO

## PROPOSTA DI RICOVERO

COGNOME E NOME: ..... Data di nascita ..... M. ☐ F. ☐

Indirizzo: ..... Recapito tel. ....

Diagnosi alla dimissione: .....

Ospedale di provenienza: .....

Descrizione dettagliata di eventuali affezioni concomitanti: .....

.....

Natura della disabilità per cui necessita di eventuale trattamento riabilitativo: .....

.....

Terapia in atto: .....

.....

.....

### CONDIZIONI ATTUALI

Peso corporeo: ..... Altezza: ..... Press. Arteriosa: .....

Orientato ☐ Disorientato ☐ Stato comatoso ☐

Autosufficiente ☐ Non autosufficiente ☐

Deambulante ☐ Non deambulante ☐ Paraplegico ☐

Tetraplegico ☐ Emiparetico ☐

☐ carica dal .....

Linguaggio: .....

Continente ☐ Non continente ☐ Urine ☐

Feci ☐

Tiene decubito indifferente ☐ Sì ☐ No

E' in grado di provvedere personalmente alla propria igiene ☐ Sì ☐ No

E' in grado di alimentarsi da solo ☐ Sì ☐ No

Trofismo cutaneo ed eventuali piaghe da decubito con indicazione precisa della sede e dell'estensione: .....

Interventi chirurgici eventualmente praticati con indicazione della natura dell'intervento e del reparto operatorio.....

### Pregressi Ricoveri

Ospedale ..... dal ..... al .....

Ospedale ..... dal ..... al .....

### Ultimi esami eseguiti:

ECG .....

Rx torace.....

Emocromo completo.....

Ves..... Glicemia..... Azotemia..... Creatinina..... Na..... k.....

Q. Proteico Elettroforetico..... SGOT..... SGPT.....

gamma Gt..... Colesterolo..... Colesterolo HDL..... Trigliceridi.....

Esame urine completo.....

Eventuali markers oncologici.....

Si prega di fornire, all'atto dell'ingresso tutta la documentazione clinica relativa alla patologia del/la paziente (in particolare Rx -T.A.C.- R.N.M.-E.C.G.-Esami di laboratorio, copia di cartelle cliniche ecc...)

Data.....

In fede

Firma e timbro del Medico