FONDAZIONE
G.SCOLA

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO
MINI ALLOGGIO PROTETTO

Data di presentazione .....

DATI ANAGRAFICI DELL'UTENTE

Il/La Sottoscritto/a

Cognome: _____Nome: _____

Nato a: _____ il: _____

Cittadinanza: _____ Stato civile: _____

Codice Fiscale: _____

Comune di residenza_____

Via/Piazza_____Cap_____Provincia_____

Tel _____Cell. _____

E-mail_____

N° figli: maschi _____ femmine _____

Titolo di studio: _____ Professione svolta_____

Condizioni abitative attuali:

Con chi vive:

□ Coniuge □ Figlio/a □ Altro familiare □ Badante □ Solo □ Altro_____

Abitazione:

□ idonea □ non idonea (se no perché) _____

□ di proprietà □ in affitto □ altro_____

Piano _____

Ascensore □ Si □ No

Barriere Architettoniche □ Si □ No

FONDAZIONE G. SCOLA ETS
Via Cavour, 27 – 20842 Besana in Brianza (MB)
Tel. +39 0362 91711 - urp@fondazionegscola.it
P. IVA 00985740968 – C.F. 83000310157
www.fondazionegscola.it

IMQ CERTIFIED
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM
ISO 9001:2015

FONDAZIONE
G.SCOLA

ALTRI DATI

ATS di appartenenza _____ Codice Sanitario _____

Medico _____ Telefono_____ Cell. _____

e-mail _____

Pensione:

□ Nessuna □ Minima/ sociale □ Anzianità/vecchiaia □ Reversibilità

Invalidità civile □ Si □ No

Indennità di accompagnamento: □ Si * □ No □ In attesa

Soggetto in SAD (Servizio Assistenza Domiciliare) □ Si □ No

Parenti o persone di riferimento

Grado di parentela	Cognome e nome	Via e città	Telefono	Mail

CHIEDE

Di essere accolto/a presso i Mini-Alloggi Protetti di codesta struttura

□ in via definitiva

□ a tempo determinato dal ..... al .....

Causa: .....

FONDAZIONE G. SCOLA ETS
Via Cavour, 27 – 20842 Besana in Brianza (MB)
Tel. +39 0362 91711 - urp@fondazionegscola.it
P. IVA 00985740968 – C.F. 83000310157
www.fondazionegscola.it

IMQ CERTIFIED
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM
ISO 9001:2015

FONDAZIONE
G.SCOLA

A TAL FINE DICHIARA

1. Di essere a conoscenza e di accettare le norme contenute nella Carta dei Servizi e nel Regolamento dei minialloggi con particolare riferimento alle modalità di assegnazione e di utilizzo degli alloggi;

2. Di accettare il seguente impegno economico:

   Retta giornaliera pari a € _____ Appartamento singolo ☐ doppio ☐

3. Di versare all'atto dell'ingresso un deposito cauzionale pari a €. _____, infruttifero di interessi.

4. Di provvedere al pagamento della retta mensile anticipata che dovrà avvenire entro il giorno 14 del mese di riferimento.

5. Di prendere atto che le spese dovute per prestazioni straordinarie non attinenti alla normale assistenza alla persona sono a carico dell'Ospite e non inserite in fattura

6. Di accettare, qualora le condizioni psico-fisiche dell'utente non fossero compatibili con i servizi previsti ed autorizzati dalla struttura, che la Direzione della Fondazione stabilisca a suo insindacabile giudizio di provvedere in merito;

7. di avere ricevuto l'informativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 e delle norme nazionali vigenti in materia di privacy

In fede.

Luogo_____ Data_____

Firma ……

Allegati:

- **Fotocopie: Carta di identità – Codice fiscale – Tessera Sanitaria**
- **Documentazione sanitaria recente attestante le condizioni sanitarie e le patologie presenti.**
- **fotocopia verbale d'invalidità ATS (se in possesso dell'invalidità ed accompagnamento)**

FONDAZIONE G. SCOLA ETS
Via Cavour, 27 – 20842 Besana in Brianza (MB)
Tel. +39 0362 91711 - urp@fondazionegscola.it
P. IVA 00985740968 – C.F. 83000310157
www.fondazionegscola.it

IMQ CERTIFIED
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM
ISO 9001:2015

FONDAZIONE
G.SCOLA

Certificazione sanitaria

Inserimento Mini Alloggi Protetti

Utente

Nome _____Cognome _____

Nato a _____ il _____

Relazione sanitaria a cura del medico curante

INDICI COGNITIVI				
Demenza certificata da UVA ospedaliera ☐ SI data ☐ NO	Assente	Lieve	Moderata	Grave
Confusione orientamento spazio temporale				
Irritabilità				
Irrequietezza				
Vagabondaggio afinalistico				
Allucinazioni 8visive e/o uditive)				
Aggressività (verbale e/o fisica)				
Apatia				
Inversione ritmo sonno/veglia				

FONDAZIONE G. SCOLA ETS
Via Cavour, 27 – 20842 Besana in Brianza (MB)
Tel. +39 0362 91711 - urp@fondazionegscola.it
P. IVA 00985740968 – C.F. 83000310157
www.fondazionegscola.it

IMQ CERTIFIED
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM
ISO 9001:2015

FONDAZIONE
G.SCOLA

PROFILI DI GRAVITA'		
Lesioni cutanee ☐ SI ☐ NO		
da pressione	Sede	
vascolari	Sede	
Ausili per il movimento	☐ SI	☐ NO
Bastone / deambulatore	☐ SI	
Carrozzina	☐ SI	
Gestione incontinenza	☐ SI	☐ NO
Pannolone / catetere esterno	☐ SI	☐ NO
Catetere vescicale a permanenza	☐ SI	☐ NO
Ano artificiale	☐ SI	☐ NO
Stomia	☐ SI	☐ NO
Alimentazione artificiale	☐ SI	☐ NO
S.N.G. (sondino naso gastrico)	☐ SI	☐ NO
P.E.G.	☐ SI	☐ NO
Insufficienza respiratoria	☐ SI	☐ NO
Ossigeno al bisogno	☐ SI	☐ NO
Ossigeno costante	☐ SI	☐ NO
Dialisi	☐ SI	☐ NO
Dialisi peritoneale	☐ SI	☐ NO
Dialisi extracorporea	☐ SI	☐ NO
Allergie farmaci	☐ SI	☐ NO
Se si quali:		

FONDAZIONE G. SCOLA ETS
Via Cavour, 27 – 20842 Besana in Brianza (MB)
Tel. +39 0362 91711 - urp@fondazionegscola.it
P. IVA 00985740968 – C.F. 83000310157
www.fondazionegscola.it

IMQ CERTIFIED
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM
ISO 9001:2015

FONDAZIONE
G.SCOLA

Allergie alimentari	☐ SI	☐ NO
Se si quali:		
Patologie infettive / contagiose in atto	☐ SI	☐ NO
Se si quali:		

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FONDAZIONE G. SCOLA ETS
Via Cavour, 27 – 20842 Besana in Brianza (MB)
Tel. +39 0362 91711 - urp@fondazionegscola.it
P. IVA 00985740968 – C.F. 83000310157
www.fondazionegscola.it

IMQ CERTIFIED
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM
ISO 9001:2015

FONDAZIONE
G.SCOLA

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (indicare farmaco, posologia e orario assunzione)

FARMACO	POSOLOGIA	ORARIO ASSUNZIONE

VACCINAZIONI ESEGUITE (covid – antinfluenzale – anti-pneumococcica etc.)

_____

_____

_____

NOTE_____

_____

_____

Nome e Cognome del MMG

_____

Tel. _____ **e-mail** _____

_____
timbro e firma del medico curante

.....
data di compilazione
(la presente certificazione ha validità annuale)

FONDAZIONE G. SCOLA ETS

Via Cavour, 27 – 20842 Besana in Brianza (MB)
Tel. +39 0362 91711 - urp@fondazionegscola.it
P. IVA 00985740968 – C.F. 83000310157
www.fondazionegscola.it

IMQ CERTIFIED
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM
ISO 9001:2015

FONDAZIONE G.SCOLA

Certificazione sanitaria (a cura del medico curante)
Inserimento Mini Alloggi Protetti

Utente _____Data compilazione _____

Attività di base della vita quotidiana (BADL)	
ATTIVITA'	Punteggio
1. FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature) -Fa il bagno da solo (entra esce dalla vasca da solo). -Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso). -Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	 1 1 0
2. VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature) *-Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.* *-Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.* *-Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.*	 1 1 0
3. TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi) *-Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotando al mattino).* *-Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.* *-Non si reca in bagno per l'evacuazione.*	 1 1 0
4. SPOSTARSI *-Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).* *-Compie questi trasferimenti se aiutato.* *-Allettato, non esce dal letto.*	 1 1 0
5. CONTINENZA DI FECI E URINE *-Controlla completamente feci e urine.* *-"Incidenti" occasionali.* *-Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente.*	 1 0 0
6. ALIMENTAZIONE *-Senza assistenza.* *-Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.* *-Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.*	 1 1 0
TOTALE BADL	

FONDAZIONE G.SCOLA

Attività strumentali della vita quotidiana (IADL)	
ATTIVITA'	Punteggio
1. ABILITA' AD USARE IL TELEFONO -Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero telefonico e lo compone. -Compone solo pochi numeri ben conosciuti. -Risponde al telefono, ma non compone i numeri. -È incapace di usare il telefono.	 1 1 1 0
2. SPOSTAMENTI FUORI CASA *-Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o della propria automobile.* *-Fa uso di taxi, ma non è capace di usare mezzi pubblici.* *-Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato.* *-Viaggia in macchina o in taxi quando è assistito o accompagnato da altri.* *-Non può viaggiare affatto.*	 1 1 1 0 0
3. ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI *-È capace di assumere correttamente le medicine.* *-È capace di assumere le medicine solo se in precedenza già preparate e separate..* *-È incapace di assumere da solo le medicine.*	 1 0 0
4.USO DEL PROPRIO DENARO *-Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, fare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca), controlla le proprie entrate.* *-Provvede alle spese ed ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese ecc.)* *-È incapace di maneggiare il denaro in modo proprio.*	 1 1 0
5. FARE LA SPESA *-Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma.* *-E' capace di effettuare solo piccoli acquisti.* *-Ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto.* *-E' completamente incapace di fare la spesa.*	 1 0 0
6. PREPARARE I PASTI *-Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in maniera autonoma.* *-Prepara i pasti solo se gli si forniscono tutti gli ingredienti.* *-E' in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara i cibi in maniera non costante tanto da non riuscire a mantenere un'alimentazione adeguata.* *-Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito.*	 1 0 0 0

7. CURA DELLA CASA	
-Riesce ad occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aiuto per i lavori pesanti.	1
-Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri come lavare i piatti, rifare il letto…	1
-Riesce ad effettuare lavori domestici leggeri, ma non è capace di mantenere un livello adeguato di pulizia.	1
-Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie della casa.	0
-E' completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica.	0
8. FARE IL BUCATO	
-Lava tutta la propria biancheria.	1
-Lava solo i piccoli indumenti.	1
-Tutto il bucato deve essere fatto da altri.	0
TOTALE IADL	

FONDAZIONE G.SCOLA

INDICE DI BARTHEL	
ATTIVITA'	
ALIMENTAZIONE	Punteggio
-Incapace, totalmente dipendente deve essere imboccato; *-Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro etc;* *-Capace di alimentarsi da solo;*	0 5 10
IGIENE PERSONALE	
-Totalmente dipendente, incapace di provvedere all'igiene personale; *-Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi;*	0 5
FARE IL BAGNO	
-Totalmente dipendente nel lavarsi; *-Completamente autonomo, non richiede supervisione;*	0 5
ABBIGLIAMENTO	
-Totalmente dipendente, non collabora nelle attività; *-Necessità di aiuto nel vestirsi; -* *Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi;*	0 5 10
USO DEL WC	
-Totalmente dipendente; *-Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.* *-Indipendenti nell'uso del wc;*	0 5 10
CONTINENZA URINARIA	
-Totalmente incontinente; *-Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari;* *-Controllo completo sia di giorno che di notte;*	0 5 10
CONTINENZA INTESTINALE	
-Totalmente incontinente; *-Occasionali incidenti di incontinenza;* *-Controllo completo sia di giorno che di notte;*	0 5 10

FONDAZIONE G.SCOLA

DEAMBULAZIONE	
-Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare; *-Non è in grado di deambulare, ma utilizza la carrozzina in autonomia;* *-Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione;* *-Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili e di camminare 50 mt. Senza aiuto o supervisore;*	0 5 10 15
TRASFERIMENTO LETTO/CARROZZINA	
-Totalmente dipendente, sono necessarie due persone e/o sollevatori; *-In grado di sedersi, ma necessita di massima assistenza nel trasferimento;* *-Necessaria la supervisione di una persona per maggiore sicurezza;* *-Indipendente;*	0 5 10 15
SALIRE LE SCALE	
-Incapace di salire/scendere le scale; *-Necessita di aiuto e supervisione;* *-Autonomo, è in grado di salire e scendere una rampa di scale in sicurezza, senza aiuto e supervisione;*	0 5 10
TOTALE INDICE DI BARTHEL	