



**FONDAZIONE OSPEDALE GIUSEPPE ARAGONA
ISTITUTO GERIATRICO E RIABILITATIVO - ONLUS**

Viale Grasselli Barni 47, 26037 San Giovanni in Croce - Cremona
www.ospedalearagona.org - direzionesanitaria@ospedalearagona.org
Tel. 0375/310438 Fax 0375/310053
C.F./P.I. 00296100191

RICHIESTA DI:

ricovero a tempo indeterminato in RSA

ricovero temporaneo in RSA

trasferimento verso altra RSA

Centro Diurno Intergrato

Cognome e Nome

Tessera Sanitaria n:

Luogo e data di nascita

Indirizzo di residenza

Telefono

Parente di riferimento Sig./ra

Grado di parentela

Telefono

L'originale della presente cartella è stato inviato a:

in data

Sig./Sig.ra _____ Sesso M F tessera sanitaria _____
nato/a _____ il _____ Comune di residenza _____
domicilio _____ tel. _____

PATOLOGIE IN ATTO

- ① Assente nessuna compromissione di organo/sistema;
- ② Lieve la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi);
- ③ Moderato la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco);
- ④ grave la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco);
- ⑤ molto grave la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia);

1) Cardiaca (solo cuore)	①	②	③	④	⑤
diagnosi _____					
2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	①	②	③	④	⑤
diagnosi _____					
3) Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	①	②	③	④	⑤
diagnosi _____					
4) Respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	①	②	③	④	⑤
diagnosi _____					
5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	①	②	③	④	⑤
diagnosi _____					
6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	①	②	③	④	⑤
diagnosi _____					
7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, emie)	①	②	③	④	⑤
diagnosi _____					
8) Epatiche (solo fegato)	①	②	③	④	⑤
diagnosi _____					
9) Renali (solo rene)	①	②	③	④	⑤
diagnosi _____					
10) Altre patologie Genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	①	②	③	④	⑤
diagnosi _____					
11) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)	①	②	③	④	⑤
diagnosi _____					
12) Endocrine – metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)	①	②	③	④	⑤
diagnosi _____					
13) Psichiatrico – comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	①	②	③	④	⑤
diagnosi _____					

Terapie significative in atto: _____

**Dichiarazione di assunzione di responsabilità per il pagamento
degli oneri relativi a ricoveri in RSA.**

Con la presente, il sottoscritto essendo stato informato preventivamente di essere/non essere un parente tenuto agli alimenti relativamente al Sig./Sig.ra (secondo gli obblighi previsti dal codice civile), si impegna a garantire in prima persona l'integrazione economica della retta.

Il Dichiarante

Il Sig. della cui identità sono certo ha sottoscritto la sua stessa dichiarazione in data odierna in mia presenza, previo colloquio informativo.

L'Assistente Sociale
