

SCHEDA DI INSERIMENTO
CASA ALBERGO PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI

PARTE PER LA FAMIGLIA / CAREGIVER:

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ IL ____ / ____ / _____

RESIDENTE A _____ IN VIA/PIAZZA _____

CODICE FISCALE _____

PROFESSIONE SVOLTA IN PASSATO _____

GESTIONE DEL REDDITO	<input type="checkbox"/> ANZIANO STESSO <input type="checkbox"/> FAMILIARE		
PERSONE / FAMILIARI DI RIFERIMENTO	NOME	PARENTELA	TELEFONO
PERSONA GARANTE DEL PAGAMENTO DELLA RETTA	NOME	PARENTELA	TELEFONO
MEDICO DI MEDICINA GENERALE	Dr./Dr.ssa _____ Telefono _____		
PROVENIENZA	<input type="checkbox"/> DOMICILIO <input type="checkbox"/> OSPEDALE <input type="checkbox"/> ISTITUTO DI RIABILITAZIONE <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> ALTRO		

TIPO DI INSERIMENTO	<input type="checkbox"/> TEMPORANEO <input type="checkbox"/> DEFINITIVO
CAPACITA' DI NUTRIRSI	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> NECESSITA DI STIMOLI O SORVEGLIANZA <input type="checkbox"/> DEVE ESSERE IMBOCCATO
PROTESI DENTARIA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI E LA USA <input type="checkbox"/> SI MA NON LA USA
PICCOLA IGIENE PERSONALE (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO
BAGNO / DOCCIA	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO
CONTINENZA VESCICALE	<input type="checkbox"/> CONTINENTE <input type="checkbox"/> NON CONTINENTE <input type="checkbox"/> USO DI PANNOLONI <input type="checkbox"/> STOMIA
CONTINENZA INTESTINALE	<input type="checkbox"/> CONTINENTE <input type="checkbox"/> NON CONTINENTE <input type="checkbox"/> USO DI PANNOLONI <input type="checkbox"/> STOMIA
USO DEI SERVIZI IGIENICI	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO
CAPACITA' DI VESTIRSI	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO
VISTA	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> CON LENTI <input type="checkbox"/> CECITA'
UDITO	<input type="checkbox"/> INTEGRO <input type="checkbox"/> CON AUSILIO <input type="checkbox"/> SORDITA'
LINGUAGGIO	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> ALTERATO
MOBILITA'	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> CON AUSILIO, quale? _____ <input type="checkbox"/> PROTESI
CAPACITA' DI SALIRE LE SCALE	<input type="checkbox"/> IN GRADO <input type="checkbox"/> NON INGRADO
ACCETTA LA TERAPIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
AL MOMENTO ASSUME LA TERAPIA AUTONOMAMENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DATA

NOME IN STAMPATELLO E FIRMA DEL COMPILANTE

SCHEDA DI INSERIMENTO
CASA ALBERGO PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE:

NOME _____ COGNOME _____ (SPOSATA IN _____)

NATO/A A _____ IL ____/____/____

RESIDENTE A _____ IN VIA/PIAZZA _____

CODICE FISCALE _____

MEDICO CURANTE Dr. _____ TEL _____

CONNOTAZIONI FISIOPATOLOGICHE:

<p>NUTRIZIONE:</p> <p>PESO _____ ALTEZZA _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sovrappeso <input type="checkbox"/> Malnutrizione <input type="checkbox"/> Deperimento organico <input type="checkbox"/> Cachessia neoplastica</p>	<p>DIPENDENZE</p> <p><input type="checkbox"/> Potus <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Bulimia / Anoressia <input type="checkbox"/> Farmacodipendenza</p>	<p>CUTE</p> <p><input type="checkbox"/> Ulcere trofiche <input type="checkbox"/> Infezioni <input type="checkbox"/> parassitosi</p>
<p>EVACUAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale <input type="checkbox"/> Stipsi / Diarrea</p>	<p>SONNO</p> <p><input type="checkbox"/> Insonnia non trattata <input type="checkbox"/> ipnoinduzione</p>	<p>SENSORIALITA'</p> <p><input type="checkbox"/> Ipovisus <input type="checkbox"/> Ipoacusia</p>
<p>PROFILO METABOLICO</p> <p><input type="checkbox"/> Intolleranza glicidica <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Iperuricemia <input type="checkbox"/> Ipoproteinemia <input type="checkbox"/> Uremia <input type="checkbox"/> Alterazioni elettrolitiche</p>	<p>MOVIMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> Sindrome ipocinetica <input type="checkbox"/> Allettamento <input type="checkbox"/> Deficit neuromotori <input type="checkbox"/> Limitazioni apparato locomotore <input type="checkbox"/> Limitazioni cardiorespiratorie <input type="checkbox"/> Protesi e ausili</p>	<p>PROFILO PSICOSOCIALE</p> <p><input type="checkbox"/> Nevrosi d'ansia <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Demenza <input type="checkbox"/> Psicosi <input type="checkbox"/> Epilessia <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> Asocialità</p>

OSSIGENOTERAPIA Continuativa Di supporto O₂ liquido portatile

MEDICAZIONI Continuative Occasionali

ASSISTENZA INFERMIERISTICA Continuativa Occasionale

NOTE ANAMNESTICHE - in caso di affezioni pregresse o in atto, dame resoconto

Affezioni cardiovascolari	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (SPECIFICARE):
Affezioni respiratorie	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (SPECIFICARE):
Affezioni dell'apparato digerente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (SPECIFICARE):
Affezioni dell'apparato urogenitale	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (SPECIFICARE):
Affezioni del sistema nervoso centrale	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (SPECIFICARE):
Patologie del sistema nervoso periferico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (SPECIFICARE):
Esiti neuromotori	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (SPECIFICARE):
Patologie muscolo - scheletriche	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (SPECIFICARE):
Limitazioni funzionali mioostarticolari	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (SPECIFICARE):
Malattie endocrino - metaboliche	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (SPECIFICARE):
Deficit sensoriali	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (SPECIFICARE):
Patologie di altri apparati	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (SPECIFICARE):

COMPENSO CLINICO

Stabilizzato

Precario

ULTIMO PROFILO EMATOCHIMICO DISPONIBILE IN DATA _____

ULTIMO EVENTUALE RICOVERO OSPEDALIERO IN DATA _____

EVENTUALI CENTRI E/O SERVIZI CLINICI DI RIFERIMENTO _____

INDICAZIONI CLINICHE E SUGGERIMENTI DEL MEDICO CURANTE: _____

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Interessato (NOME E COGNOME IN STAMPATELLO) _____

rappresentante legale (NOME E COGNOME IN STAMPATELLO) _____

desideriamo informarLa che il Regolamento Europeo 2016/679 (*regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "GDPR"*) prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. Residenze IRIS Coop. Soc. O.N.L.U.S., in qualità di "Titolare" del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

1. CATEGORIE DI DATI: Residenze IRIS Coop. Soc. O.N.L.U.S. tratterà i suoi dati personali quali dati identificativi, di contatto, amministrativi ed inerenti la sua salute (ad es. esiti di visite mediche, cartella clinica, ...).
2. FONTE DEI DATI PERSONALI: I dati personali di cui Residenze IRIS Coop. Soc. O.N.L.U.S. è in possesso sono raccolti direttamente presso l'interessato o possono provenire da Enti pubblici.
3. TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Il titolare del trattamento è Residenze IRIS Coop. Soc. O.N.L.U.S. Sede operativa: Piazza San Giovanni, 6 - 21054 Fagnano Olona (VA), Sede legale: Via Maino, 6 - 21013 Gallarate (VA), P. IVA: 02195420126, contattabile telefonicamente allo 0331361808 o all'indirizzo mail info@residenzeiris.it - PEC: residenzeiris@pec.it
4. FINALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA: i dati personali sono trattati dal Titolare secondo le seguenti finalità basate sul consenso dell'interessato o per misure precontrattuali relative a:
 - AMMINISTRAZIONE: espletamento dei compiti gestionali ed organizzativi necessari all'inserimento del suo nominativo nelle liste d'attesa della struttura;
 - DIAGNOSI: svolgimento di una prima attività diagnostica dello stato generale della sua salute per valutare la possibilità di suo inserimento nei reparti della struttura.
5. DATI DI CONTATTO DEL D.P.O.: Dott. Cesare Zanetta contattabile all'indirizzo mail info@residenzeiris.it.
6. DESTINATARI DEI DATI: Nei limiti pertinenti alle finalità, i suoi dati potranno essere comunicati ai Responsabili ed agli Incaricati all'interno dell'Istituto ed a soggetti esterni all'Istituto, quali collaboratori, consulenti, tirocinanti, medici specialistici, liberi professionisti, istituzioni o organismi pubblici, ATS, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, enti previdenziali. I suoi dati non saranno oggetto di alcuna diffusione.
7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI: I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.
8. TRASFERIMENTO DEI DATI VERSO PAESI TERZI: I dati raccolti non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi.
9. DIRITTI DELL'INTERESSATO: L'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.
10. OBBLIGATORIETA' O MENO DEL CONSENSO: Il conferimento dei dati per le finalità sopra elencate è obbligatorio per valutare il suo inserimento in struttura. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta il mancato inserimento nelle liste d'attesa.
11. MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI: I dati da Voi forniti, verranno trattati nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza a cui è ispirata l'attività del Titolare. I Suoi dati saranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dal GDPR.

Ai sensi del GDPR, dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata e, per le finalità sopra riportate (trattamento dei dati personali e inerenti la salute per l'esecuzione delle diagnosi al fine del suo inserimento in struttura), acconsento al trattamento dei miei dati personali.

Data: ____/____/____ Firma leggibile dell'interessato _____

Firma leggibile di chi esercita legalmente la potestà _____

PROTOCOLLO MAGGIO 2020

di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19

PER NUOVI INGRESSI

Residenze IRIS Coop. Soc. O.N.L.U.S. sin dal 22 febbraio 2020 ha adottato provvedimenti restrittivi atti a tutelare la salute degli Ospiti presenti e del Personale. E' stata una scelta non facile, ma efficace, che ha determinato sicurezza, serenità e benessere agli Ospiti presenti.

La Struttura deve restare un luogo sicuro. Al fine di mantenere questa condizione, i comportamenti del Personale e dei terzi devono uniformarsi con consapevole, costante e collaborativa puntualità alle disposizioni del presente Protocollo.

Nel periodo di lockdown non sono stati accettati nuovi ingressi.

A partire dal mese di maggio 2020 è possibile presentare nuove domande previa accettazione delle seguenti condizioni di accesso.

PRIMA DELL'INGRESSO – fino alla risoluzione dell'emergenza Covid19:

1. Le richieste per periodi temporanei sono accettate solo oltre i 2 mesi di permanenza.
2. Il richiedente:
 - deve essere in buona salute
 - non deve aver avuto contatti con persone positive a Covid19 negli ultimi 30 giorni
 - non deve presentare febbre oltre 37,5°, tosse e/o difficoltà alle vie respiratorie
 - deve essere autosufficiente e in grado di accettare le direttive proposte
 - lo stato cognitivo non deve essere alterato e deve essere collaborante
3. In caso al richiedente sia già stata diagnosticata positività al Covid19, ne richiediamo la relativa documentazione con attestazione di guarigione del medico curante e referto di tampone negativo recente.
4. Al momento della ricezione della domanda d'ingresso la Struttura valuterà l'idoneità ed entro pochi giorni darà responso.
5. Per accedere alla Struttura dovrà essere presentato alla Direzione l'esito di tampone negativo per ricerca Covid19, eseguito a ridosso della data d'ingresso. I primi 7 giorni sarà obbligatorio un periodo di isolamento, presso una camera singola dedicata senza costi aggiuntivi.
6. Le modalità di pagamento accettate sono il Bonifico Bancario o il Sepa Direct Debit (RID).

ALL'INGRESSO – fino alla risoluzione dell'emergenza Covid19:

7. Il richiedente è l'unica persona che può accedere alla Struttura indossando rigorosamente una mascherina per tutto il periodo dell'isolamento (in presenza degli operatori). I parenti e gli accompagnatori non potranno accedere, senza alcuna eccezione.
8. Il Personale prende in carico il nuovo Ospite, lo accompagna in camera e lo aiuta nella sistemazione degli abiti e degli effetti personali.
9. I medicinali devono sempre essere consegnati direttamente al Personale infermieristico che con l'Ospite, o eventualmente contattando telefonicamente la persona di riferimento, ne predisporrà la scheda personale per la somministrazione.
10. Durante l'isolamento il Personale sarà a disposizione per la somministrazione di farmaci, l'aiuto nell'igiene personale e il servizio ristorazione presso la camera.
11. Passato il periodo di isolamento si è idonei ad entrare in contatto con gli altri Ospiti della Struttura. Non sarà più necessario l'uso della mascherina. Sarà cura del Personale trasferire gli abiti e gli effetti personali nella camera scelta in fase di ingresso.

COMUNICAZIONI CON GLI OSPITI:

Al momento non possiamo considerare la possibilità di visite all'interno della Struttura pertanto, fino alla risoluzione dell'emergenza Covid19 o a nuove disposizioni, le comunicazioni con gli Ospiti avverranno con le seguenti modalità:

12. *Cellulare personale:* gli Ospiti in grado di utilizzarlo possono usarlo nel rispetto degli orari di riposo.
13. *Telefono fisso:* negli orari di ufficio, dal lunedì al venerdì, è possibile utilizzare il telefono della Struttura per chiamare o farsi chiamare.
14. *Skype:* previo appuntamento, contattare l'Ufficio per accordarsi.
15. *Porta vetro d'ingresso o Plexiglass alla finestra in cortile a seconda delle condizioni meteo:* Ci siamo organizzati con casse e microfoni sia per l'interno che per l'esterno. E' obbligatorio l'appuntamento, non più di uno a settimana per Ospite ed esclusivamente per non più di 2 persone per volta.
 - Il congiunto deve indossare la mascherina SENZA VALVOLA.
 - Rimanere fuori dalla porta di ingresso.
 - Mantenere la distanza di almeno 3 metri in caso di persone in coda.
 - Dotarsi di guanti per dare, ricevere merce o firmare eventuale documentazione.
 - Per lo scambio di borse, oggetti o altro si deve utilizzare il contenitore posto fuori dalla Struttura. Il materiale sarà tenuto isolato per 24 ore prima di consegnarlo agli Ospiti.

Auspichiamo in una imminente risoluzione dell'emergenza e ad un pronto ritorno alla normalità per poter permettere agli Ospiti di incontrare familiari e amici liberamente e vivere serenamente la Struttura.

DICHIARAZIONE PER INGRESSO IN STRUTTURA – PERIODO COVID19

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____, il _____

codice fiscale _____

dichiaro

- Di essere in buona salute
- Di non deve aver avuto contatti con persone positive a Covid19 negli ultimi 30 giorni
- Di non presentare febbre oltre 37,5°, tosse e/o difficoltà alle vie respiratorie
- Di essere autosufficiente e in grado di accettare le direttive proposte
- Di non essere a conoscenza di aver avuto positività al Covid19, in alternativa di rilasciare a Residenze IRIS la relativa documentazione con attestazione di guarigione del medico curante e referto di tampone negativo recente.
- Di essere disponibile all'esecuzione di tampone per ricerca Covid19, al fine di poter accedere come Ospite, oltre all'isolamento di 7 giorni presso la struttura in camera singola dedicata senza costi aggiuntivi.
- Di essere consapevole che il nuovo Ospite è l'unica persona che può accedere alla Struttura, indossando rigorosamente una mascherina per tutto il periodo dell'isolamento (in caso di presenza degli Operatori).
- I parenti e gli accompagnatori non potranno accedere, senza alcuna eccezione.

In fede

Il richiedente

Il referente (nome, cognome e firma)

DATA E LUOGO _____