

Modulo di ammissione per adulti con disabilità

Da compilare da parte del paziente/istituzione/famiglia

Compilato il:

Compilato da:

<p>Cognome: Nome: Data di nascita:</p> <p>Genitori (o altro familiare di riferimento, specificare): Telefono: E-mail:</p> <p>Assicurazione malattia: No. assicurato: AI/AVS: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Classe: <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Semi privato <input type="checkbox"/> Privato</p> <p>Medico curante: Telefono: E-mail:</p> <p>Luogo di vita</p> <p><input type="checkbox"/> Istituzione: <input type="checkbox"/> Domicilio:</p> <p>Telefono: E-mail:</p>	<p>Persona di contatto 1: Telefono: E-mail:</p> <p>Persona di contatto 2: Telefono: E-mail:</p> <p>Rappresentante legale <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì <input type="checkbox"/> genitori <input type="checkbox"/> curatore <input type="checkbox"/> altro:</p> <p>Telefono: E-mail:</p> <p>Tipo di curatela: Curatore: Telefono: E-mail:</p> <p>Rappresentante terapeutico: Telefono: E-mail:</p>
<p>Disabilità</p> <p><input type="checkbox"/> Intellettiva <input type="checkbox"/> Psicica <input type="checkbox"/> Fisica/motoria <input type="checkbox"/> Polyhandicap <input type="checkbox"/> Sensoriale <input type="checkbox"/> Visiva <input type="checkbox"/> Uditiva <input type="checkbox"/> Altro:</p> <p><input type="checkbox"/> DSA (disturbo dello spettro autistico) <input type="checkbox"/> Livello 1 <input type="checkbox"/> Livello 2 <input type="checkbox"/> Livello 3 (lieve) (medio) (grave)</p>	<p>Problemi comportamentali <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p> <p>Rischio di</p> <p><input type="checkbox"/> fuga <input type="checkbox"/> autoaggressività <input type="checkbox"/> eteroaggressività (<input type="checkbox"/> Oggetti / <input type="checkbox"/> Persone) <input type="checkbox"/> meltdown (forte crisi incontrollabile)</p>
<p>Allergie <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p>ai farmaci: alimentari: altro:</p>	<p>Direttive anticipate</p> <p><input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no (se sì: allegare al presente documento)</p>
<p>Comunicazione</p> <p><input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Tedesco <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Altro</p> <p><input type="checkbox"/> Parla <input type="checkbox"/> Parole <input type="checkbox"/> Suoni <input type="checkbox"/> Non verbale <input type="checkbox"/> Segna <input type="checkbox"/> Ecolalie</p> <p>Disturbi della comunicazione <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Comunica tramite scrittura</p> <p>Modi abituali per esprimere:</p> <p><input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Ansia <input type="checkbox"/> Disagio <input type="checkbox"/> Disaccordo..... <input type="checkbox"/> Benessere <input type="checkbox"/> Malessere <input type="checkbox"/> Fame <input type="checkbox"/> Sete <input type="checkbox"/> Bisogno di andare in bagno <input type="checkbox"/> Bisogno di attenzione</p>	<p>Cosa fare?</p> <p>..... </p>
<p>Modalità per entrare in contatto e comunicare con la persona (tocco, sguardo, distanza, oggetti di transizione, interessi particolari, fobie, agenda, pittogrammi, timer, ecc.)</p> <p>..... </p>	

Comprensione <input type="checkbox"/> Buon livello di comprensione (desidera una comunicazione diretta) <input type="checkbox"/> Capisce frasi brevi con vocaboli semplici <input type="checkbox"/> Scarso livello di comprensione (necessita di aiuto, ex pittogrammi) Ausili per la comunicazione: <input type="checkbox"/> Computer <input type="checkbox"/> Pittogrammi <input type="checkbox"/> Altro:	
Cura Scala del dolore abituale <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì quale: Respirazione: <input type="checkbox"/> O ₂ portata Litri/min. <input type="checkbox"/> Altro: Mobilità: <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Semi autonomo <input type="checkbox"/> Problemi di equilibrio <input type="checkbox"/> Rischio di caduta Alimentazione: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Imboccare <input type="checkbox"/> con PEG <input type="checkbox"/> con PEJ <input type="checkbox"/> Acqua addensata <input type="checkbox"/> Rischio di soffocamento / disfagia Tipo di alimentazione / dieta / consistenza: Altri trattamenti:	
Eliminazione Continenza di urina: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Continenza intestinale: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Protezione <input type="checkbox"/> Condom Rischio di stipsi: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Catetere urinario <input type="checkbox"/> Altro:	
Epilessia Tipologia attacchi: Fattori scatenanti: Decorso delle crisi (<i>segnali di allarme, sintomi principali, ecc.</i>): Frequenza degli attacchi: Atteggiamento nei confronti della crisi e trattamento in urgenza:.....	
Diagnosi attive medico-chirurgiche (se presente allegare ultimo rapporto medico)	
Regime farmacologico e dosi abituali <i>Allegare una scheda terapeutica e portare eventuali trattamenti speciali (non portapillole, ma scatole originali!)</i>	
Vaccinazioni (tetano, influenza, ecc.)	
Monitoraggio speciale <input type="checkbox"/> Pelle <input type="checkbox"/> Transito <input type="checkbox"/> Altro	
Precauzioni (sensorialità) <input type="checkbox"/> Ipo-sensibilità <input type="checkbox"/> Iper-sensibilità <input type="checkbox"/> Sensibilità ai suoni/rumori <input type="checkbox"/> Sensibilità alla luce <input type="checkbox"/> Sensibilità tattile (specificare) <input type="checkbox"/> Altro:	
Abitudini specifiche (se possibili da mantenere anche in ambito ospedaliero) <i>Esempio: bere 2 caffè al dì, ascoltare musica, guardare un programma alla TV,...</i>	
Mezzi ausiliari Da prevedere <input type="checkbox"/> Camera singola <input type="checkbox"/> Camera doppia <input type="checkbox"/> Sponde del letto <input type="checkbox"/> Letto adattato/speciale <input type="checkbox"/> Letto di compagnia (letto per familiare curante) <input type="checkbox"/> Cuscini di posizionamento <input type="checkbox"/> Contenzioni (se sì, allegare il consenso scritto) <input type="checkbox"/> Stecche <input type="checkbox"/> Sedia a rotelle manuale <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Altro:	Arriva in ospedale munito di: <input type="checkbox"/> Protesi dentale <input type="checkbox"/> Vista/occhiali <input type="checkbox"/> Udito/apparecchio acustico <input type="checkbox"/> Casco di protezione <input type="checkbox"/> Letto adattato/speciale <input type="checkbox"/> Oggetto di transizione <input type="checkbox"/> Cuscini di posizionamento <input type="checkbox"/> Contenzioni (se sì, allegare il consenso scritto) <input type="checkbox"/> Stecche <input type="checkbox"/> Sedia a rotelle manuale <input type="checkbox"/> Sedia a rotelle elettrica <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Altro:

Trasporto per il rientro

- Contattare l'Istituzione al più presto per organizzare il rientro
 Contattare la famiglia per rientro a domicilio
 Rientro in ambulanza organizzato dall'ospedale seduto sdraiato
 Altro, specificare:

Informazioni aggiuntive

.....