

Uso del marchio autorizzato da Anffas Nazionale con delibera CDN del 1-2/04/05  
Socio del Consorzio degli Enti a Marchio Anffas "La Rosa Blu"

Via Spallanzani, 11 27100 PAVIA Tel. 0382 539438

Cod.Fisc.-Partita Iva 00880530183 Iscritta all'Albo Nazionale Cooperative al N° A135827 Iscritta all'Albo Regionale Cooperative al N° 612

Data , \_\_\_\_\_

Al Presidente di Sant'Agostino Coop. Soc.  
Via Spallanzani 11, 27100 PAVIA  
[amministrazione@santagostinocoop.org](mailto:amministrazione@santagostinocoop.org)

*da compilarsi a cura del familiare/tutore/amministratore di sostegno*

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

nella sua qualità di \_\_\_\_\_

*(grado di parentela/rapporto con la persona disabile/specificare anche se tutore, amministratore di sostegno)*

*A conoscenza della Carta dei Servizi CSS*

**CHIEDE L'INSERIMENTO NELLE COMUNITA' SOCIO SANITARIE DI SANT'AGOSTINO COOPERATIVA Soc**

**Cascina Loghetto- Casa Adelia**

Per il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Cognome

Nome

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Uso del marchio autorizzato da Anffas Nazionale con delibera CDN del 1-2/04/05  
Socio del Consorzio degli Enti a Marchio Anffas "La Rosa Blu"

Via Spallanzani, 11 27100 PAVIA Tel. 0382 539438

Cod.Fisc.-Partita Iva 00880530183 Iscritta all'Albo Nazionale Cooperative al N° A135827 Iscritta all'Albo Regionale Cooperative al N° 612

### Tipo di inserimento

- Servizio residenziale a tempo indeterminato

### Documentazione allegata alla richiesta di inserimento

Ai fini della valutazione della richiesta di inserimento si forniscono i seguenti allegati (specificare quali documenti sono stati allegati alla Richiesta di inserimento)

- All. 1 Anamnesi sociale  
 All. 2 Anamnesi sanitaria  
 Eventuale altra documentazione allegata (specificare)

---

---

---

---

### Informazioni utili per l'accesso alle CSS

Si ricorda che la Carta dei Servizi CSS è sempre disponibile sul sito [www.santagostinocoop.org](http://www.santagostinocoop.org) e di consultare anche i seguenti allegati

- All. 3 Elenco esami ingresso CSS (necessari solo in fase di effettivo ingresso)
- All. 4 Elenco dei documenti personali da produrre per inserimento

### Trattamento dati personali

La raccolta dei dati necessari per dare seguito alla presente richiesta di inserimento ai sensi della normativa vigente prevede e richiede la conoscenza del contenuto della Informativa trattamento dati personali utenti e la sottoscrizione del relativo consenso trattamento dati utenti da parte del richiedente l'inserimento

A tale scopo informativa e modulo del consenso sono entrambi forniti quali allegati al presente modulo di richiesta e devono essere restituiti debitamente compilati e firmati

Informativa trattamento dati personali utenti

Consenso trattamento dati utenti

Firma \_\_\_\_\_

Uso del marchio autorizzato da Anffas Nazionale con delibera CDN del 1-2/04/05

Socio del Consorzio degli Enti a Marchio Anffas "La Rosa Blu"

Via Spallanzani, 11 27100 PAVIA Tel. 0382 539438

Cod.Fisc.-Partita Iva 00880530183 Iscritta all'Albo Nazionale Cooperative al N° A135827 Iscritta all'Albo Regionale Cooperative al N° 612

**All.1**

Da compilarsi a cura dei servizi invianti e/o del familiare/tutore/AdS o dal servizio SAI?

## ANAMNESI SOCIALE

### Informazioni anagrafiche utente

Cognome e Nome .....

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

Residente a ..... Via..... n° .....

Domiciliato/a in (se diverso dalla  
residenza) .....

Telfono .....

Codice fiscale .....

Codice Sanitario (n° tessera sanitaria) .....

### **Composizione del nucleo familiare e altre informazioni significative sul contesto socio familiare**

(specificare nome e cognome, data di nascita, grado di parentela e recapito telefonico)

.....  
.....

### **Dati della/e persona/e di riferimento anche destinataria/e delle comunicazioni d'urgenza, se diverso dal rappresentante Legale (Parente /Tutore/ Amministratore di sostegno):**

Cognome e Nome .....

Grado di parentela/ruolo .....

Telefono ..... Cellulare ..... E-mail .....

Via/P.zza .....

Città ..... Prov. ....

Uso del marchio autorizzato da Anffas Nazionale con delibera CDN del 1-2/04/05  
Socio del Consorzio degli Enti a Marchio Anffas "La Rosa Blu"

Via Spallanzani, 11 27100 PAVIA Tel. 0382 539438

Cod.Fisc.-Partita Iva 00880530183 Iscritta all'Albo Nazionale Cooperative al N° A135827 Iscritta all'Albo Regionale Cooperative al N° 612

**Diagnosi invalidità (certificato)**

**invalidità** .....

.....

**Altre certificazioni (L.68/99, L.104/92)**

.....

**Situazione pensionistica:**

Invalidità civile      parziale SI [ ] Totale [ ]      In corso di valutazione [ ]

Indennità d'accompagnamento      SI [ ]      NO [ ]      In corso di valutazione [ ]

Anzianità [ ]      Reversibilità [ ]      In corso di valutazione [ ]

Sociale [ ]

**Situazione giuridica:**

Interdizione [ ]      Inabilitazione [ ]      Amministrazione di sostegno [ ]      Nulla [ ]

Nome e Cognome ..... Grado di parentela/ruolo .....

Telefono ..... Cellulare ..... E-mail.....

Via/P.zza ..... Città ..... Provincia .....

Nome e Cognome ..... Grado di parentela/ruolo .....

Telefono ..... Cellulare ..... E-mail.....

Via/P.zza ..... Città ..... Provincia .....

**Scolarizzazione:**

Nessuno [ ]

Non concluso obbligo [ ]

Concluso obbligo (anno: \_\_\_\_\_) [ ]

**Frequenza servizi diurni:**

Nessuna [ ]

CSE/CDD/SFA/Altro [ ]

Uso del marchio autorizzato da Anffas Nazionale con delibera CDN del 1-2/04/05  
Socio del Consorzio degli Enti a Marchio Anffas "La Rosa Blu"

Via Spallanzani, 11 27100 PAVIA Tel. 0382 539438

Cod.Fisc.-Partita Iva 00880530183 Iscritta all'Albo Nazionale Cooperative al N° A135827 Iscritta all'Albo Regionale Cooperative al N° 612

**Servizi frequentati** (di qualunque tipo)

.....

**Servizio sociale di riferimento:**

(Indirizzo, recapito del servizio e operatore di riferimento)

.....

**Medico di base:**

(nominativo, indirizzo orario ambulatorio, contatto)

.....

.....

.....

**Servizi ATS /ASST**

(recapito del servizio e operatori di riferimento)

.....

.....

**Altri servizi sanitari specialistici**

(recapito del servizio e operatori di riferimento)

.....

.....

.....

**Motivazione della richiesta d'inserimento:**

.....

.....

**Altre informazioni significative**

.....

.....

Data .....

Firma (e timbro, se Ente) del Richiedente



Uso del marchio autorizzato da Anffas Nazionale con delibera CDN del 1-2/04/05

Socio del Consorzio degli Enti a Marchio Anffas "La Rosa Blu"

Via Spallanzani, 11 27100 PAVIA Tel. 0382 539438

Cod.Fisc.-Partita Iva 00880530183 Iscritta all'Albo Nazionale Cooperative al N° A135827 Iscritta all'Albo Regionale Cooperative al N° 612

**APPARATO RESPIRATORIO: N [ ] L [ ] M [ ] G [ ] MG [ ]**

Diagnosi .....

**VISTA E UDITO: N [ ] L [ ] M [ ] G [ ] MG [ ]**

Diagnosi: .....

**APPARATO DIGERENTE: N [ ] L [ ] M [ ] G [ ] MG [ ]**

Diagnosi e alvo .....

**FEGATO: N [ ] L [ ] M [ ] G [ ] MG [ ]**

Diagnosi: .....

**RENE: N [ ] L [ ] M [ ] G [ ] MG [ ]**

Diagnosi: .....

**APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE: N [ ] L [ ] M [ ] G [ ] MG [ ]**

Diagnosi: .....

Uso del marchio autorizzato da Anffas Nazionale con delibera CDN del 1-2/04/05  
Socio del Consorzio degli Enti a Marchio Anffas "La Rosa Blu"

Via Spallanzani, 11 27100 PAVIA Tel. 0382 539438

Cod.Fisc.-Partita Iva 00880530183 Iscritta all'Albo Nazionale Cooperative al N° A135827 Iscritta all'Albo Regionale Cooperative al N° 612

**PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO: N [ ] L [ ] M [ ] G [ ] MG [ ]**

**Diagnosi:** .....

**DISTURBI DEL**

**COMPORAMENTO E PSICHIATRICI: N [ ] L [ ] M [ ] G [ ] MG [ ]**

**PATOLOGIE DEL SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO: N [ ] L [ ] M [ ] G [ ] MG [ ]**

**Diagnosi:** .....

\*\*\*\*\*

**ALTRI PROBLEMI CLINICI**

\*\*\*\*\*

*Segnare la casella che interessa e dettagliare, se necessario*

**Lesioni da decubito**            **SI**                            **NO**

**Insufficienza respiratoria:**            **SI**                            **NO**

**O<sub>2</sub> terapia**                            **Ventilatore**                            **Tracheocannula**

**Alimentazione**            **[ ] autonoma**                            **[ ] con aiuto**

**Problemi e condizioni correlati con l'alimentazione:** .....



Uso del marchio autorizzato da Anffas Nazionale con delibera CDN del 1-2/04/05  
Socio del Consorzio degli Enti a Marchio Anffas "La Rosa Blu"

Via Spallanzani, 11 27100 PAVIA Tel. 0382 539438

Cod.Fisc.-Partita Iva 00880530183 Iscritta all'Albo Nazionale Cooperative al N° A135827 Iscritta all'Albo Regionale Cooperative al N° 612

**Dialisi:**                                 **SI**                                 **NO**

.....  
.....

**Controllo sfinterico:**     **presente**                                  **incontinenza saltuaria**  
 **Incontinenza urinaria**                                  **incontinenza totale** (urinaria e fecale)

**uso di presidi**                  **SI**                                  **NO**                 **se SI,**

**specificare** .....

.....

**Deambulazione:**          **autonoma**                                  **con aiuto**

**Ausili per il movimento**          **SI**                                  **NO**                 **se SI, specificare** .....

.....

**Disorientamento tempo-spazio:**     **SI**                                  **NO** .....

.....

**Episodi di fuga/vagabondaggio:**                                  **SI**                                  **NO** .....

.....

**Agitazione psicomotoria:**     **SI**                                  **NO** .....

.....

**Tentativi di suicidio**                  **SI**                                  **NO** .....

.....

**Preso in carico da parte dei Servizi Specialistici**                                  **SI**                                  **NO**

**Se SI, quali?** .....

.....

Uso del marchio autorizzato da Anffas Nazionale con delibera CDN del 1-2/04/05  
Socio del Consorzio degli Enti a Marchio Anffas "La Rosa Blu"

Via Spallanzani, 11 27100 PAVIA Tel. 0382 539438

Cod.Fisc.-Partita Iva 00880530183 Iscritta all'Albo Nazionale Cooperative al N° A135827 Iscritta all'Albo Regionale Cooperative al N° 612

**Inversione ritmo sonno-veglia:**     SI             NO .....

.....  
.....

**Stato nutrizionale soddisfacente:**     SI             NO .....

.....  
.....  
.....

\*\*\*\*\*

**TERAPIA FARMACOLOGICA (posologia e orari)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Allergie e/o intolleranze note:** .....

.....  
.....

**Presenza di malattie trasmissibili in atto e positività:**     SI             NO

**Se SI specificare** .....

.....  
.....  
**Data** .....

**Firma e timbro del Medico**

.....

**Recapito telefonico:** .....

**Email:** .....

## **All. 3**

### **Elenco dei documenti per l'inserimento**

#### ***Estratto Carta dei Servizi CSS***

#### ***Punto 4. Criteri e modalità di accesso nelle CSS***

#### **Documenti amministrativi**

- 1) certificato contestuale (nascita, residenza e stato di famiglia);
- 2) carta di identità e codice fiscale (in originale);
- 3) carta regionale servizi (tessera sanitaria) ed eventuale tessera di esenzione ticket (in originale);
- 4) copia verbale della Commissione medica ASL attestante l'invalidità civile;
- 5) copia certificato di gravità ai sensi della L.104/92;
- 6) eventuale contrassegno invalidi per la circolazione e tessera di trasporto (entrambi in originale);
- 7) copia del decreto di nomina del rappresentate legale;
- 8) copia del permesso o della carta di soggiorno (se previsto);
- 9) recapiti telefonici dei famigliari/rappresentanti legali;
- 10) consenso al trattamento dei dati personali da parte del famigliare/rappresentante legale e altro consenso informato richiesto in adempimento alle normative regionali;
- 11) sottoscrizione da parte del famigliare/rappresentante legale di altre autorizzazioni previste dall'Ente.

Uso del marchio autorizzato da Anffas Nazionale con delibera CDN del 1-2/04/05  
Socio del Consorzio degli Enti a Marchio Anffas "La Rosa Blu"

Via Spallanzani, 11 27100 PAVIA Tel. 0382 539438

Cod.Fisc.-Partita Iva 00880530183 Iscritta all'Albo Nazionale Cooperative al N° A135827 Iscritta all'Albo Regionale Cooperative al N° 612

## DOCUMENTAZIONE SOCIO SANITARIA PER INGRESSO NELLE CSS

1. Relazione di presentazione e valutazione dell'Ente inviante, se presente;
2. Relazioni socio educative e sanitarie dei Servizi in cui l'utente è inserito;
3. Relazione sanitaria (all. 2);
4. Certificato vaccinale (compresa vaccinazione anti Covid-19)
5. Fotocopia di cartelle cliniche, se possedute; referti specialistici e relazioni cliniche, esami strumentali ed ematochimici eseguiti nel corso dell'anno precedente l'ingresso e referti degli esami in elenco (da eseguire nei tre mesi precedenti l'ingresso).

### EMATOCHIMICI

- Emocromo
- Azotemia
- Creatinina
- Glicemia
- Acido urico
- Elettroliti
- Transaminasi
- Proteine totali
- Elettroforesi
- Colesterolo
- Trigliceridi
- TSH
- HBsAb – HBsAg – HCV – HIV
- Esame urine completo

**NOTA** Riportare sulla Relazione sanitaria eventuali **allergie farmacologiche e non e/o intolleranze.**