

## RICHIESTA DI RICOVERO IN RSA

All' Unità Valutativa – Distretto \_\_\_\_\_

e p. c. al Medico di Medicina Generale curante<sup>1</sup> dott. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

MEDICO DEL REPARTO / DIVISIONE OSPEDALIERA \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

chiede il ricovero del proprio assistito presso una Residenza Sanitaria Assistenziale

### SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

A.1 COGNOME <input style="width: 95%;" type="text"/>	A.2 NOME <input style="width: 95%;" type="text"/>	A.3 SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
A.4 DATA DI NASCITA <input style="width: 95%;" type="text"/>	A.5 COMUNE DI NASCITA <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
A.6 COMUNE DI RESIDENZA <input style="width: 95%;" type="text"/>	A.7 VIA <input style="width: 95%;" type="text"/>	A.8 N° CIVICO <input style="width: 95%;" type="text"/>
A.9 PERSONA DI RIFERIMENTO <input style="width: 95%;" type="text"/>	A.10 INDIRIZZO PERSONA DI RIFERIMENTO <input style="width: 95%;" type="text"/>	A.11 TEL. PERS. DI RIF. <input style="width: 95%;" type="text"/>

**A tal fine dichiara che il proprio assistito possiede i seguenti requisiti di ammissione**

### SEZIONE B - REQUISITI DI AMMISSIONE IN RSA<sup>2</sup>

NON AUTOSUFFICIENZA

NON ASSISTIBILITA' A DOMICILIO

PRESENZA DI DISABILITA' O DI PATOLOGIE CRONICHE STABILIZZATE MULTIPROBLEMATICHE O DI ESITI INVALIDANTI ( TEMPORANEI O PERMANENTI ) CHE NECESSITANO DI PRESTAZIONI SANITARIE (ASSISTENZIALI, CURATIVE E/O RIABILITATIVE) E SOCIO-ASSISTENZIALI DA PARTE DI PERSONALE QUALIFICATO ( Specificare unitamente alla diagnosi ) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SUPPORTO FAMILIARE :  ASSENTE  TEMPORANEAM. O STABILMENTE INADEGUATO

### SEZIONE C - PRESTAZIONI SANITARIE RICHIESTE

<sup>1</sup> In caso di dimissione protetta ospedaliera

<sup>2</sup> N.B.: per essere ammessi in RSA devono essere soddisfatti contemporaneamente tutti e tre i requisiti di ammissione

C.1	<input type="checkbox"/>	assistenza medico generica
C.2	<input type="checkbox"/>	assistenza infermieristica (specificare):
C.3	<input type="checkbox"/>	assistenza medico-specialistica
C.4	<input type="checkbox"/>	assistenza riabilitativa e di recupero funzionale (specificare):
C.5	<input type="checkbox"/>	custodia della persona ( assistenza da parte di OTA/OSA )
C.6	<input type="checkbox"/>	fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari
C.7	<input type="checkbox"/>	assistenza psicologica
C.8	<input type="checkbox"/>	terapia farmacologica (specificare):

Il paziente è portatore di :  lesioni da decubito       pannolone       catetere vescicale  
 sond. naso-gastrico       uro- colostomia       tracheostomia       accesso venoso per NPT

Diagnosi alla dimissione ospedaliera : \_\_\_\_\_

DURATA PRESUMIBILE DEL RICOVERO IN RSA \_\_\_\_\_

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

---

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via /p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

in qualità di :  paziente che necessita di ricovero in RSA  
 familiare del paziente <sup>3</sup>  
 legale rappresentante del paziente <sup>3</sup>

dichiara di preferire quale luogo di cura : \_\_\_\_\_

firma dell'assistito o di chi ne ha la tutela <sup>3</sup>

---

**PARTE RISERVATA AL RESPONSABILE DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE**

Vista la richiesta del Medico di Medicina Generale (o del Medico Ospedaliero), sentito il parere del Dr Rocchia (Medico Geriatra dell'Azienda) e sulla base della documentazione sanitaria acquisita e della valutazione multidimensionale si giudica l'assistito : \_\_\_\_\_

IDONEO

AL RICOVERO IN RSA \_\_\_\_\_

NON IDONEO

per giorni \_\_\_\_\_

e, nel rispetto della libera scelta dell'assistito, si esprime parere favorevole per il suo ricovero nella Residenza Sanitaria Assistita sopra indicata dall'assistito stesso ( o da chi ne ha la tutela ).

Data

Per l'Unità di Valutazione - Il Responsabile

---



---

<sup>3</sup> in caso di impedimento fisico o psichico che impedisca al paziente di sottoscrivere questa parte del modulo

**ASUR MARCHE  
AREA VASTA N°2 DI ANCONA  
Via C. Colombo, 106 – Ancona**

**Oggetto: trasmissione modulistica per richiesta ricovero**

**Si trasmette in allegato il modulo di cui all'oggetto. Si rammenta che detto modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte, per quanto di competenza, dal medico di medicina generale curante dell'assistito e dovrà pervenire all'Unità Valutativa competente del distretto di appartenenza stesso, cioè:**

per il Distretto "Nord":      Unità Valutativa Distretto "Nord"  
Chiaravalle – c/o Ospedale  
Via Rosselli, 176  
N° fax: 071.7490.760

per il Distretto "Centro":      Unità Valutativa Distretto "Centro"  
SEDE SERVIZIO ADI  
Ancona – Via C. Colombo, 106  
N° tel: 071.8705052 diretto  
N° tel: 071.8705976 segreteria

per il Distretto "Sud":      Unità Valutativa Distretto "Sud"  
Osimo – Via della Strigola, 6  
N° fax: 071.7130.806