



# COMUNE DI SASSARI

Cod. Fisc. 00239740905

## SETTORE POLITICHE SOCIALI E PARI OPPORTUNITA' SERVIZIO CASA SERENA

Prot. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a .....  
(prov.....) il..... C.F. ...., Stato Civile .....  
domiciliato/a in ..... via/piazza..... n° .....

### CHIEDE

di essere ammesso alla struttura residenziale per anziani Casa Serena di Sassari in qualità di ospite.

Sotto la propria responsabilità il /la richiedente :

- dichiara di essere residente a Sassari da:

- un anno o più
- meno di un anno

- dichiara di abitare in un alloggio : (barrare solo la casella che interessa)

- in buone condizioni
- in condizioni mediocri o in spazi inadeguati
- malsana o con sfratto esecutivo

oppure

- di abitare in una struttura residenziale per anziani

- Dichiara che in genere riceve assistenza da: (barrare solo la casella che interessa)

- una o più persone che garantiscono un'assistenza continuativa
- una o più persone che garantiscono un'assistenza irregolare o carente
- nessuno anche se ne avrebbe necessità

oppure che

- non necessita di assistenza

- chiede che eventuali comunicazioni che lo/la riguardano vengano trasmesse a:

Nome e cognome	Indirizzo	Numero di telefono	Natura del legame

- autorizza in caso di ricovero, di assenze prolungate e/o decesso la direzione a consegnare i propri effetti personali a:

Nome e cognome	Indirizzo	Numero di telefono	Natura del legame

- autorizza in casi eccezionali (es. necessità di eseguire interventi di manutenzione straordinaria) il personale che presta servizio nella struttura ad entrare nella stanza e/o spostare i propri effetti personali

- si impegna a versare la retta mensile nella misura stabilita con Deliberazione dell'Amministrazione Comunale, comunicare tempestivamente alla Segreteria dell'Istituto eventuali modifiche del proprio reddito e osservare le norme del regolamento della Casa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Documenti da allegare:**

- modulo A compilato e sottoscritto (da inserire in busta chiusa)
- certificazione sanitaria rilasciata dal medico di base tramite compilazione del modulo B (da inserire in busta chiusa);
- verbale di invalidità qualora sia stata riconosciuta una invalidità civile.
- foto tessera recente
- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità
- modello ISEE in corso di validità

Si autorizzano gli operatori del Servizio Casa Serena al trattamento dei propri dati personali ai fini istituzionali dell'ente ai sensi della vigente normativa in materia di privacy.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Modulo B**

**CERTIFICAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL PAZIENTE**

**Paziente**

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

**Medico Curante**

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
ambulatorio a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

Si certifica che in data \_\_\_\_\_ il /la Signor/a \_\_\_\_\_, del/a quale il sottoscritto è medico curante dall'anno \_\_\_\_\_; è stato sottoposto a visita medica volta a valutare le condizioni generali di salute.

Nel corso di tale visita e in base alla documentazione esibita dal paziente si è potuto accertare quanto segue:

il paziente ha problemi di incontinenza che rendono necessario l'uso di panni.( se la risposta è affermativa specificare se è in grado di provvedervi autonomamente \_\_\_\_\_ )

il paziente ha necessità di essere imboccato.

il paziente è in grado di provvedere autonomamente alla propria igiene personale.

il paziente ha difficoltà di deambulazione.

il paziente è in grado di indossare gli indumenti da solo

il paziente ha problemi di insonnia.

il paziente ha disfunzioni relative all'apparato oftalmico.( Se sì quali? \_\_\_\_\_ )

il paziente ha disfunzioni relative all'apparato-uditivo. (Se sì quali? \_\_\_\_\_ )

il paziente ha problemi di dipendenze. (Se sì quali ? \_\_\_\_\_ )

Le condizioni psichiche del paziente in relazione alla memoria, all'orientamento e all'affettività sono le seguenti:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

---

---

---

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

---

---

---

---

ESAME OBIETTIVO

Aspetto \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_  
Pressione arteriosa \_\_\_\_\_ Polso \_\_\_\_\_

Torace

---

---

Cuore

---

---

Addome

---

---

Apparato -Locomotore

---

---

Altro

---

---

---

---

Si rende la seguente valutazione sullo stato generale di salute del paziente e sul suo grado di autosufficienza:

---

---

---

---

---

---

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Elenco dei referti di visite mediche e di esami emato-chimici e strumentali da allegare alla domanda:**

Emocromo completo, Funzionalità Epatica, Funzionalità renale, Elettroliti, G6PD, HBSAg; HCV; HIV, Visita Neurologica, ECG, Visita Cardiologia, RX Torace

I referti di cui sopra devono essere di data non anteriore ai tre mesi. Le visite mediche devono essere effettuate da un medico specialista che lavori in una struttura sanitaria pubblica o convenzionato con la stessa.