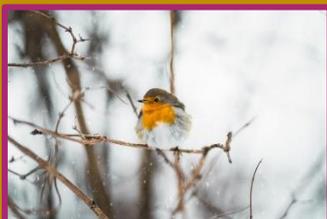


Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

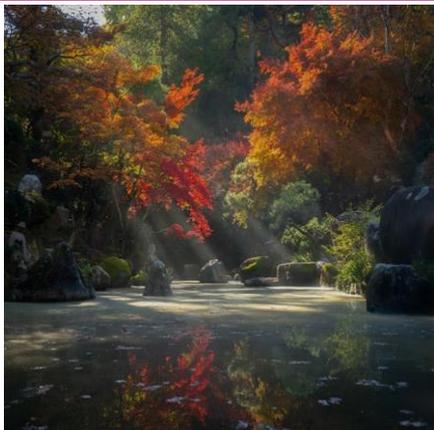
Residenza Sanitaria Assistenziale

Carta dei Servizi



Allegati C-Dom





SOMMARIO

Fascicolo Socio Sanitario	3
Pianificazione presa in carico (Pai)	5
Informazioni Servizio C-Dom	9
Scheda educativa al caregiver	10
Diario clinico	11
Scheda triage telefonico “Nuovo Coronavirus”	12
Fascicolo Privacy	13
Modulo consenso cure domiciliari	23
Scheda infermieristica di dimissione/trasferimento	25
Piano Riabilitativo Individualizzato (P.R.I.)	27



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

FASCICOLO SOCIO SANITARIO
C-DOM

<Cognome nome>

DATA PRESA IN CARICO: *<Data ingresso>*

3

RIVALUTAZIONE:



DATI ANAGRAFICI

Nome e cognome	<Cognome nome>
Data e Luogo di Nascita	<Data nascita><Luogo nascita><Provincia nascita>
Sesso	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Residenza	Via/V.le/Piazza: <Via residenza> n°: Comune: <Citta residenza> Prov: <Provincia residenza> Cap:
Domicilio (se diverso dalla residenza)	
Stato civile	
L'utente è in grado di firmare il titolo del voucher e tutta la documentazione inerente la presa in carico	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
E' presente un tutore/amministratore di sostegno	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Occupazione	
Medico di Base o Specialistico di Riferimento e telefono	Cognome: Nome: Telefono:
Caregiver/persona di riferimento	Cognome: Nome: Grado di parentela: Telefono:
Telefono principale di riferimento	

PIANIFICAZIONE DELLA PRESA IN CARICO (P.A.I.)

A. RACCOLTA DATI

(In allegato al PAI sono presenti le scale e le schede per la raccolta dati)

A1. MMSE (eseguita alla presa in carico, al rinnovo PAI e ogni qual volta se ne ravvisi la necessità).

A2. BRADEN (eseguita alla presa in carico, ogni 15 giorni, al rinnovo PAI e ogni qual volta se ne ravvisi la necessità).

A3. DOLORE (VAS se MMSE >15, PAINAD SE MMSE =15) (eseguite alla presa in carico, ogni 15 giorni, al rinnovo PAI, alla manifestazione dichiarata dell'utente e all'insorgenza di segni riconducibili a dolore osservata da personale assistenziale).

A4. LESIONI (scheda eseguita alla presa in carico, ogni 15 giorni e ogni qual volta vi siano importanti cambiamenti da segnalare)

A5. CATETERE (se in sede all'ingresso eseguire la scheda alla presa in carico, ad ogni sostituzione o quando vi siano importanti cambiamenti da segnalare)

B. AREA CLINICA

RESPIRAZIONE	Nella norma	
	Dispnea da sforzo	
	Dispnea a riposo	
	ossigenoterapia	
	Ventilazione non invasiva	
	Ventilazione invasiva	
ALIMENTAZIONE	Nella norma	
	Malnutrizione/disidratazione	
	Disfagia	
	Alimentazione enterale	
	Alimentazione parenterale	
DIURESIS	Nella norma	
	Incontinenza	
	Ritenzione urinaria	
	Catetere vescicale a permanenza	
	Dialisi	
	Urostomia	
ALVO	Nella norma	
	Incontinenza	
	Stipsi/fecalomi	
	Stomie	
IGIENE	Autonomo nella cura di se'	
	Non autonomo nella cura di se'	
MOVIMENTO	Deambula autonomamente	
	Deambula assistito con:	bastone
		deambulatore
		stampella
		carrozzina
	Allettato	collabora
Parz.collaborante		

			Tot. dipendente
SONNO E RIPOSO	Nella norma		
	Alterato ritmo circadiano		
	Agitazione psicomotoria		
FUNZIONE CARDIOVASCOLARE	Nella norma		
	Ipertensione		
	Edemi declivi/Flebite		
	Scompenso cardiaco		
	Arteriopatie periferiche		
SINTOMATOLOGIA NEUROLOGICA	Nessun disturbo		
	polineuropatie		
	emiplagie		
	tetraplagia		
	paraplegia		
	Iperono/flaccidità		
	Disturbi equilibrio		
	convulsioni		
	disartria		
	afasia		
SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO	Nella norma		
	Frattura da trauma		
	Fratture patologiche		
	artrosi		
	Cedimenti vertebrali		
	Cifosi/scogliosi grave		
	Ipotono muscolare da allettamento		
METABOLICO-ENDOCRINO	Nessun disturbo		
	Diabete non insulinodipendente		
	Diabete insulinodipendente		
	Obesità grave		
ULCERE DA DECUBITO	Assenti		
	Presenti Stadio: _____		
ULCERE VASCOLARI	Assenti		
	Presenti		
ALTRO TIPO DI LESIONI CUTANEE	Assenti		
	Presenti		
AUSILI, PROTESI E PRESIDI in uso	Protesi dentaria		
	Protesi acustica		
	occhiali		
	Materasso antidecubito		
	sollevatore		
	Letto articolato		
DOLORE	Nessun dolore		
	Dolore acuto		
	Dolore procedurale		
	Dolore cronico		

C. DIAGNOSI INFERMIERISTICA prevalente che motiva la presa in carico

ALTRE DIAGNOSI rilevanti

<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Cardiopatìa	<input type="checkbox"/> Nefropatia	<input type="checkbox"/> Pat.neurologiche	<input type="checkbox"/> Pat.psichiatrica	<input type="checkbox"/> Altro
Intolleranze o allergie a farmaci:					

OPERATORE:

FREQUENZA ACCESSI PROGRAMMATI:

D. DEFINIZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI (desumibili dalla raccolta dati)

- 1.....
- 2.....
- 3.....

E. PROGETTO INDIVIDUALE (P.I)

VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI/PIANIFICAZIONE INTERVENTI/VALUTAZIONE

OBIETTIVI	MODALITA' D'INTERVENTO	TEMPI DI VERIFICA
1.		
2.		
3.		

Data:

Firma per conoscenza/partecipazione da parte dell'assistito/ tutore/ amministratore di sostegno:

Firma Infermiere: _____

VALUTAZIONE DEI RISULTATI NEL PERIODO DELLA COMMESSA N.

DATA:

Conclusione	Motivazione	<input type="checkbox"/> Completamento del programma assistenziale
		<input type="checkbox"/> Ricovero in ospedale
		<input type="checkbox"/> Decesso a domicilio
		<input type="checkbox"/> Decesso in ospedale
		<input type="checkbox"/> Trasferimento in struttura residenziale
		<input type="checkbox"/> Cambio residenza
		<input type="checkbox"/> Volontà dell'utente
		<input type="checkbox"/> Chiusura amministrativa
		<input type="checkbox"/> Cambio modalità trattamento
		<input type="checkbox"/> Prosecuzione delle cure
		<input type="checkbox"/> Altro

OBIETTIVI RAGGIUNTI:

Si

IN PARTE

NON RAGGIUNTI

NON VALUTABILI

Motivazione (se raggiunti in parte, non raggiunti o non valutabili):

Firma per conoscenza/partecipazione da parte dell'assistito/ tutore/ amministratore di sostegno:

Firma Infermiere: _____

INFORMAZIONI SUL SERVIZIO C-DOM

ORARI DI APERTURA – ATTIVAZIONE SERVIZIO

LUNEDI'	9.00-18.00
MARTEDI'	9.00-18.00
MERCOLEDI'	9.00-18.00
GIOVEDI'	9.00-18.00
VENERDI'	9.00-18.00

Nr. telefono Fondazione Scarpari Forattini Onlus: 0386 58121 (Tasto 4 per ADI)

Nr. cellulare Coordinatore: 3488752302

Infermiere di famiglia:

Telefono:

SCHEDA EDUCAZIONALE AL CARE - GIVER

COGNOME E NOME DEL CARE - GIVER:

GRADO DI PARENTELA: _____

RAFFORZO EDUCAZIONALE ALL'INGRESSO PER:

LIVELLO DI CONOSCENZA	GRADO DI AUTONOMIA	DATA ACQUISIZIONE DEL DATO	STRUMENTO DI ACQUISIZIONE	OPERATORE	VALUTAZIONE

VALUTAZIONE FINALE , DATA

FIRMA OPERATORE _____

FIRMA CAREGIVER _____



Scheda di triage telefonico “Nuovo Coronavirus” per pazienti domiciliari

La presente scheda serve per effettuare la valutazione di rischio di coronavirus SARS-CoV-2 dell'utente prima di recarsi in visita domiciliare

Cognome e Nome: <Cognome nome>

Data di nascita: <Data nascita>

Nome del medico di medicina generale

1. Il paziente oppure qualcun altro di quelli che coabitano con lui ha avuto/hanno avuto negli ultimi tre giorni:

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Tosse secca? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Raffreddore? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Mal di gola? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Difficoltà di respiro? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Febbre? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Mal di testa? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Congiuntivite? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Diarrea? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Perdita del senso del gusto? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Perdita del senso dell'olfatto? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |

12

2. Negli ultimi 14 giorni il paziente o chi coabita con lui è stato a “stretto contatto” (senza mascherina) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di infezione da SARS-CoV-2?

SÌ NO

3. Il paziente o qualcuno - di quelli che coabitano - è stato sottoposto ad un test virale (tamponi) negli ultimi 14 giorni?

SÌ NO

DATA: _____

Operatore che ha eseguito il TRIAGE: _____

FASCICOLO PRIVACY

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di:

- Utente
- Parente (indicare il grado) _____ dell'utente _____
- Amministratore di Sostegno dell'utente _____

Del servizio:

- Residenza Sanitaria Assistenziale
- Alloggio Protetto per Anziani
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Unità Cure Palliative Domiciliari
- RSA Aperta
- Fisioterapia per utenti esterni

Dichiara di aver preso visione della documentazione privacy ed in particolare:

- *"Info privacy" La Fondazione Scarpari Forattini onlus ed il rispetto della persona/ospite/utente*
- *Informativa in materia di protezione dei dati personali*
- *La relazione di cura*

Mediante:

- consegna di copia cartacea da parte dell'Ufficio Amministrativo
- presa visione della copia esposta in prossimità degli uffici, a disposizione degli ospiti e dei familiari
- presa visione della copia pubblicata sul sito internet della Fondazione www.scarpari.it

Schivenoglia, _____ a



DELEGA PER L'ESERCIZIO DEI DIRITTI dell'INTERESSATO PAZIENTE

(Reg.UE 16/679 e D.LGS 196/03)

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

residente in _____

DELEGA

Il sig. _____

nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

residente in _____

A FORMULARE RICHIESTE, RICEVERE INFORMAZIONI ed al RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA MIA PERSONA ed in particolare AL MIO STATO DI SALUTE

nei confronti del TITOLARE _____

Delegato

Si richiede al delegato di consegnare la propria firma

(firma del delegato) _____

Si ricorda che la presente delega dovrà sempre essere accompagnata da documenti idonei alla verifica dell'identità del delegato e del delegante.

Delegante

In fede

Firma del delegante OSPITE _____

Testimone

Se per impedimento fisico o per incapacità alla scrittura, l'interessato non fosse in grado di apporre la propria firma, essa verrà sostituita con una "X": si prevede che sia un MEDICO in qualità di testimone a procedere alla verifica della volontà dell'Ospite a tutela della sua dignità (ai sensi degli art. 9, 82-comma 2, lett.a), art. 84) del Dlgs 196/2003, procedendo alla sottoscrizione della presente delega con firma.

In fede

DATA _____

Nome e cognome MEDICO incaricato _____

Firma MEDICO incaricato _____



**Informativa e consenso
al trattamento dei dati sanitari tramite
Dossier Sanitario Elettronico**

**(D.lgs 196/2003 – Codice Privacy
Linee guida in materia di Dossier sanitario - 4 giugno 2015
Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2015)
E altri consensi**

Relativamente ai servizi resi a:

sig./ra _____ <Cognome nome> _____

informiamo che l'Ente si serve di strumenti elettronici di elaborazione dei dati ed in particolare del Dossier Sanitario Elettronico.

L'INFORMATIVA

Il **DOSSIER SANITARIO** è una raccolta contenente diverse informazioni inerenti lo stato di salute di un individuo relative ad eventi clinici presenti e passati (es.: referti, documentazione relativa a ricoveri, accessi al pronto soccorso), volto a documentarne la storia clinica dell'assistito. La raccolta avviene con **strumenti informatici** tali da consentire che i **dati personali siano collegati tra loro**: ciò rende possibile un'agevole consultazione unitaria da parte dei **diversi professionisti** che prendono **nel tempo** in cura l'interessato.

In assenza del Dossier Sanitario, infatti, il professionista avrebbe accesso alle sole informazioni fornite dal paziente e a quelle elaborate in relazione all'evento clinico per il quale il paziente si è recato presso di lui; attraverso l'uso del Dossier Sanitario, invece, il professionista pone in essere un ulteriore trattamento di dati sanitari mediante la consultazione delle informazioni elaborate nell'ambito dell'intera struttura sanitaria e non solo del suo reparto – da professionisti diversi - in occasione di altri eventi clinici occorsi in passato all'interessato anche riferiti a patologie differenti rispetto a quella in relazione alla quale l'interessato si è rivolto al professionista che effettua l'accesso al dossier.

Si evidenzia che la costituzione di un Dossier Sanitario il più possibile completo che documenti la storia sanitaria dell'interessato ha lo scopo di **migliorare il suo processo di cura** (cfr. art. 76, comma 1, lett. a) del Codice).

In particolare la informiamo che:

- in relazione alle finalità perseguite con la costituzione del Dossier Sanitario, l'accesso a tale strumento è consentito solamente per fini di prevenzione, diagnosi e cura dell'interessato e unicamente da parte di soggetti operanti in ambito sanitario, con conseguente esclusione di periti, compagnie di assicurazione, datori di lavoro, associazioni o organizzazioni scientifiche, organismi amministrativi anche operanti in ambito sanitario, nonché del personale medico che agisca nell'esercizio di attività medico-legali;
- il Dossier Sanitario può essere consultato soltanto da quegli esercenti la professione sanitaria che a vario titolo prenderanno in **cura l'interessato**, secondo modalità tecniche di autenticazione che consentano di autorizzare l'accesso al dossier sanitario da parte del medico che ha in cura l'interessato;
- il personale amministrativo operante all'interno della struttura sanitaria in cui viene utilizzato il dossier sanitario può, in qualità di incaricato del trattamento, consultare solo le informazioni necessarie per assolvere alle funzioni amministrative cui è preposto e strettamente correlate all'erogazione della prestazione sanitaria (ad es., il personale addetto alla prenotazione di esami diagnostici o visite specialistiche può consultare unicamente i soli dati indispensabili per la prenotazione stessa);
- l'accesso al Dossier Sanitario è sempre consentito al soggetto che ha redatto il documento con riferimento al documento medesimo;

- l'accesso al Dossier Sanitario è circoscritto al periodo di tempo indispensabile per espletare le operazioni di cura per le quali è abilitato il soggetto che accede. Ciò, comporta che i soggetti abilitati all'accesso possono consultare esclusivamente i dossier sanitari **riferiti alla persona che assistono** e per il periodo di tempo in cui si articola il percorso di cura per il quale l'interessato si è rivolto ad essi.

Il Dossier Sanitario potrebbe essere consultato, anche senza il suo consenso, ma nel rispetto delle Linee guida in materia di Dossier sanitario - 4 giugno 2015(Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2015).

Le banche dati sono conservate sul **SERVER DELLA FONDAZIONE**

Il Resp. del Trattamento anche in relazione al profilo della sicurezza delle banche **dati del Dossier Sanitario Elettronico è la ditta SGD INFORMATICA. nella persona di Andreoli Bruno.**

La creazione del Dossier Sanitario Elettronico e la consultazione delle informazioni in esso indicizzate o contenute sono operazioni che possono avvenire solo attraverso un triplice consenso: dettagliato, specifico ed esplicito dell'interessato.

L'eventuale mancato consenso totale o parziale alla costituzione del Dossier Sanitario non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste. Ma si evidenzia che l'informatizzazione del processo di raccolta ed archiviazione dei dati assicura una maggiore efficienza nella gestione dei tempi di analisi e confronto dei dati in successione storica con conseguente miglioramento delle performance di erogazione del servizio che rimarrà sempre e comunque erogato sotto la responsabilità ed autorizzazione specifica del medico responsabile escludendo, sotto ogni forma, processi decisionali frutto di profilazioni informatizzate.

ESERCIZIO DEI DIRITTI

All'interessato sono riservati i diritti di cui all'art.7 del Codice Privacy ed in particolare:

- ✓ **richiedere di conoscere gli accessi eseguiti sul proprio dossier** con l'indicazione della struttura/reparto che ha effettuato l'accesso, nonché della data e dell'ora dello stesso;
- ✓ **oscurare alcuni eventi clinici presenti in tale strumento**; il titolare del trattamento garantisce la possibilità per l'interessato di non far confluire in esso alcune informazioni sanitarie relative a singoli eventi clinici (ad es., con riferimento all'esito di una specifica visita specialistica o alla prescrizione di un farmaco) se richiesto. L'oscuramento dell'evento clinico (revocabile nel tempo) avviene con modalità tali da garantire che, almeno in prima battuta, tutti i soggetti abilitati all'accesso non possano venire automaticamente a conoscenza del fatto che l'interessato ha effettuato tale scelta ("oscuramento dell'oscuramento");
- ✓ **revocare il consenso**; in caso di revoca (liberamente manifestabile in qualsiasi momento) del consenso, il Dossier Sanitario non sarà ulteriormente implementato. I documenti sanitari presenti rimarranno disponibili solo al professionista o alla struttura interna al titolare che li ha redatti e per eventuali conservazioni per obbligo di legge (art. 22, comma 5, del Codice), ma non saranno più condivisi da parte di altri professionisti degli altri reparti o altre strutture che prenderanno in cura l'interessato.

CONTATTI E RICHIESTE

Le modalità attraverso le quali l'interessato può rivolgersi al Titolare per esercitare **i diritti a lui riservati dalla legge** sono mediante richiesta scritta da inoltrare:

- per posta ordinaria a Fondazione Scarpari Forattini Onlus Via Garibaldi 25 46020 MN
- e mail info@scarpari.it
- pecscarpari@messaggi.pec
- direttamente all'ufficio amministrativo negli orari di apertura al pubblico (dal lunedì al sabato dalle ore 9.00 alle ore 12.00)

A questo proposito la informiamo che il Resp. della Protezione Dati del Titolare è la Dott.ssa Maide Amadori contattabile presso l'ENTE agli usuali recapiti

- Indirizzo di posta elettronica info@scarpari.it
- Indirizzo di posta PEC scarpari@messaggipec.it
- Telefono 0386 58121 fax 0386 58192

Ad ogni richiesta, il titolare del trattamento o un suo delegato devono fornire riscontro entro 15 giorni dal suo ricevimento. Se le operazioni necessarie per un integrale riscontro alla richiesta sono di particolare complessità, ovvero ricorre altro giustificato motivo, il titolare o un suo delegato ne danno comunicazione all'interessato.

In tal caso, il termine per l'integrale riscontro è di 30 giorni dal ricevimento della richiesta medesima.

Le ricordiamo che in caso di violazione dei suoi dati personali potrà proporre un reclamo all'autorità italiana competente: "Garante per la protezione dei dati personali" ed anche ad una autorità di controllo europea nei casi consentiti ai sensi dell'art.77.

TEMPI di CONSERVAZIONE dei DATI presenti nel DOSSIER SANITARIO

I Suoi dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per i quali sono stati trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri. A riguardo, si richiama il documento di riferimento aziendale denominato Protocollo Tenuta FASAS contenente le indicazioni del Massimario di scarto adottato in conformità della DGR Lombardia Decreto n. 15229 del 1dicembre 2017 - Approvazione della "versione 04".

L'Azienda potrà utilizzare i Suoi dati personali in occasione di un Suo eventuale successivo accesso (ricovero, prestazione ambulatoriale, ecc.) al fine di garantirLe e assicurarLe le cure e l'assistenza più appropriata.



I CONSENSI.

Il trattamento dei dati personali effettuato mediante il **DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**, perseguendo le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, deve uniformarsi al principio di autodeterminazione (artt.75 e ss. del Codice).

Pertanto le chiediamo di esprimere la sua volontà nella seguente forma:

CONSENSO1:

- 1) *Il trattamento dei dati sanitari effettuato tramite il dossier costituisce un trattamento ulteriore e -come tale- facoltativo rispetto a quello effettuato dal professionista sanitario con le informazioni acquisite in occasione della cura del singolo evento clinico per il quale l'interessato si rivolge ad esso.*

Acconsento a far costituire un dossier sanitario con le informazioni cliniche che mi riguardano.

Data.....In fede.....

CONSENSO 2:

- 2) *L'inserimento delle informazioni relative ad eventi sanitari pregressi all'istituzione del dossier sanitario deve, inoltre, fondarsi sul consenso specifico ed informato dell'interessato, potendo quest'ultimo anche scegliere che le informazioni sanitarie pregresse che lo riguardano non siano inserite in tale dossier. In ogni caso, si sottolinea che non vi è garanzia della completezza delle informazioni cliniche pregresse, considerato che occorre avere riguardo al formato dei dati e alla loro disponibilità.*

Acconsento a far costituire un dossier sanitario con le informazioni cliniche relative ad eventi sanitari pregressi che mi riguardano;

Data.....In fede.....

CONSENSO 3:

- 3) *Informazioni relative a prestazioni sanitarie offerte a soggetti nei cui confronti l'ordinamento vigente ha posto specifiche disposizioni a tutela della loro riservatezza e dignità personale:*
- Vittime di atti di violenza sessuale o di pedofilia;*
 - Persone sieropositive o che fanno uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool;*
 - Persone che hanno scelto interventi di interruzione volontaria della gravidanza, parto in anonimato, servizi offerti dai consultori familiari;*

Acconsento a far costituire un dossier sanitario con le informazioni cliniche relative agli eventi sanitari particolarmente sensibili, come sopra indicati anche pregressi che mi riguardano;

Data.....In fede.....

CONSENSO 4:

- 4) *L'inserimento di fotografie di riconoscimento dell'interessato nel Dossier Sanitario a lui riferito deve, fondarsi sul consenso specifico ed informato dell'interessato, potendo quest'ultimo anche scegliere che foto nelle quali egli è riconoscibile non siano inserite in tale dossier.*

Acconsento a far costituire un dossier sanitario con fotografie in cui la mia persona sia riconoscibile;

Data.....In fede.....

LA SOTTOSCRIZIONE

Ai sensi dell'art.81 ed 82 del D.Lgs.196/03, che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere la sua volontà nella formula qui di seguito scritta.

Il sottoscritto _____

in qualità di:	<input type="checkbox"/> Figlio	<input type="checkbox"/> Tutore
	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Curatore
	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Altro _____
residente		in _____

i cui recapiti telefonici sono		

viene edotto dal medico competente e riconosce che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornirgli una informativa diretta e pertanto valutata la condizione di fatto, in nome dell'interessato e per la tutela della sua dignità,		

dichiara di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e sottoscrive la propria volontà come sopra dettagliata, qui ed ora,

Data _____ In fede _____



CONSENSO AL TRATTAMENTO MEDICO PER TEST HIV, HBV, HCV, VDRL

La informiamo, ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (GU n.12 del 16-1-2018) - Vigente dal 31-1-2018

al fine esclusivo di tutelare la sua persona e di consentire agli operatori sanitari di adottare le necessarie procedure per la tutela della propria e dell'altrui salute, come previsto dal protocollo sanitario aziendale e dalla normativa sanitaria vigente,

questo ente necessita di sottoporre i propri ospiti ai seguenti esami:

- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HIV (virus responsabile dell'AIDS)
- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HBV (virus responsabile dell'epatite B)
- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HCV (virus responsabile dell'epatite C)
- Test VDRL (test sierologico per la diagnosi della sifilide)

La informiamo, inoltre che:

- i dati relativi al test HIV sono trattati nel rispetto della Legge 135/90 (Disposizioni sulla lotta all'AIDS): essi saranno tutelati dal più stretto riserbo e conservati separatamente;
- tutti i dati relativi alla sua persona sono coperti da segreto professionale, e sono trattati ai fini di diagnosi e cura ai sensi del Reg.UE 16/679 - Informativa privacy estesa a disposizione presso il sito istituzionale ed il personale incaricato;

Si chiede quindi che il/ la, sig./sig.ra _____, accolto/a presso l'ENTE quale ospite, esprima il proprio consenso nella seguente forma

PER CONSENSO Il sottoscritto _____

in qualità di: (Figlio, Genitore, Coniuge, Convivente, Tutore, Curatore, etc)

_____ viene edotto dal medico competente e riconosce **che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornire una informativa diretta e pertanto; e quindi in nome e per conto dell'interessato fruitore del servizio, ai sensi dell'art.1 comma 3 della Legge 219/18**

dichiara di **aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e**

O - ACCONSENTE	all'esecuzione dei test diagnostici sopra elencati
O - NON ACCONSENTE	

O - ACCONSENTE	alla raccolta da altre fonti dei dati ed informazioni già esistenti e pertinenti con le possibili infezioni di cui sopra
O - NON ACCONSENTE	

Data _____ Firma leggibile _____

(SUL RETRO APPENDICE NORMATIVA)

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

(GU n.12 del 16-1-2018 -Vigente dal 31-1-2018)

Art. 1

Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. È promossa e valorizzata la **relazione di cura** e di **fiducia tra paziente e medico** che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione **sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari** o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

3. **Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.**

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. **Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.** Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. (ESTRATTO)



CONSENSO al TRATTAMENTO DEI DATI generico
(Dlgs 196/03)

Ai sensi dell'art.81 ed 82 del D.Lgs.196/03, che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere la sua volontà nella formula qui di seguito scritta.

Il sottoscritto _____

in qualità di:

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Figlio | <input type="checkbox"/> Tutore |
| <input type="checkbox"/> Genitore | <input type="checkbox"/> Curatore |
| <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

residente _____ in _____

i cui recapiti telefonici sono _____

viene edotto dal medico competente e riconosce **che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornirgli una informativa diretta e pertanto valutata la condizione di fatto, in nome dell'interessato e per la tutela della sua dignità,**

dichiara di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili della persona interessata al ricovero e/o dei propri;

Data _____ **In fede** _____

Il sottoscritto, come sopra identificato **acconsente**, inoltre, a che possa essere data informazione relativamente alla mera **presenza** di me medesimo o dell'interessato presso questa struttura a:

- a nessuno
- solo a
- a tutti coloro che lo richiedano

Data _____ **In fede** _____

Si informa, inoltre, che nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente potranno essere utilizzati alcuni dati personali dell'ospite con le seguenti modalità:

- utilizzo del **nome e del cognome** per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (es: porta, letto, armadio, suppellettili, etc) che risulteranno quindi visibili a terzi ospiti e visitatori;
- utilizzo di **immagini fotografiche** che potranno essere utilizzate per la redazione di VOLANTINI O LIBELLI e per finalità ricreative all'interno della struttura;

Il sottoscritto, come sopra identificato, esprime specifico consenso per i trattamenti suddetti:

Data _____ **In fede** _____



MODULO DI CONSENSO ALLE CURE DOMICILIARI

Il/La sottoscritt__ <Cognome nome> nato/a il <Data nascita>

a <Luogo nascita> residente a <Via residenza> <Citta residenza><Provincia residenza>

DICHIARA

di acconsentire all'attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) al proprio domicilio con il piano di cura previsto dal profilo prestazionale/assistenziale _____ attivato dal giorno <Data stampa>.

Data

Firma Assistito/ tutore/ amministratore di sostegno

<Data stampa>

Inoltre, visto il D.lgs. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati sensibili per le finalità inerenti l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI).

Data

Firma Assistito/ tutore/ amministratore di sostegno

<Data stampa>



Il sottoscritto _____ in qualità di _____
dell'utente <Cognome nome>

DICHIARA

Di aver preso visione della Carta dei Servizi mediante:

- Presa visione di copia del documento da parte dell'operatore sanitario di riferimento
- presa visione della copia esposta in prossimità degli uffici, a disposizione degli ospiti e dei familiari
- presa visione della copia pubblicata sul sito internet della Fondazione www.scarpari.it

Schivenoglia, <Data stampa>

In fede



SCHEDA INFERMIERISTICA DI DIMISSIONE/TRASFERIMENTO (copia per il paziente)

UNITA' OPERATIVA: _____

Sig./ra COGNOME E NOME: _____ ETA' _____

DATA DI PRESA IN CARICO SUL TERRITORIO: _____

- **STATO DI COSCIENZA**

vigile orientato Resp.stimolo verbale Resp.stimolo doloroso non risponde

Segnalazioni.....

- **MOBILIZZAZIONE**

Autosufficiente Parzialmente dipendente Dipendente Ausili

Segnalazioni.....

Indicazioni per la mobilizzazione.....

- **IGIENE E COMFORT**

Autosufficiente Parzialmente dipendente Dipendente

Segnalazioni.....

- **CUTE**

Integra SI no Localizzazione e descrizione delle lesioni.....

Ultima medicazione eseguita:.....tipo di medicazione.....

Segnalazioni.....

- **ALIMENTAZIONE**

Autosufficiente dipendente Dieta..... Nutrizione artificiale.....

Segnalazioni.....

- **ELIMINAZIONE**

Incontinenza urinaria Incontinenza fecale Stipsi Stomia

Catetere vescicale tipo..... Ultima sostituzione.....

Ultima scarica.....

Segnalazioni.....

- **DOLORE**

Assente Presente Sede..... Tipologia.....

Segnalazioni.....

- **RESPIRAZIONE**

Normale Con ausili, Quali: Occhialini maschera Venturi tracheotomia ventilatore

Segnalazioni.....

- **RETE ASSISTENZIALE**

SAD comunale RSA aperta Distribuzione del pasto dal comune estemporanee

altri servizi: Quali?.....

Segnalazioni.....

• **ALTRE SEGNALAZIONI:**.....
.....

FIRMA **OPERATORE**
SANITARIO

DATA.....
.....



PIANO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO (PRI)

Nome e cognome: <Cognome nome>

Data:

Anamnesi remota:

Valutazione fisioterapica all'ingresso:

Bisogni dei famigliari che vengono coinvolti per il mantenimento delle capacità residue dell'utente:

Obiettivi a breve termine:

1. Miglioramento/mantenimento dell'attività motoria
2. Recupero funzionalità articolare
3. Recupero/mantenimento mobilità-trasferimenti
4. Miglioramento stato cognitivo-percettivo
5. Recupero tono-forza-trofismo muscolare
6. Recupero postura seduta e/o eretta
7. Recupero/mantenimento o recupero deambulazione: con o senza ausili
8. Conoscenza/addestramento uso ausili
9. Mobilizzazione autonoma
10. Miglioramento del ROM articolare
11. Incremento della forza muscolare
12. Recupero dell'autonomia nelle ADL: parziale o totale
13. Recupero funzionalità respiratoria
14. Recupero deglutizione
15. Altro _____

Azioni pianificate:

1. Miglioramento/mantenimento dell'attività motoria _____
2. Recupero funzionalità articolare _____
3. Recupero/mantenimento mobilità-trasferimenti _____
4. Miglioramento stato cognitivo-percettivo _____
5. Recupero tono-forza-trofismo muscolare _____

6. Recupero postura seduta e/o eretta _____
7. Recupero/mantenimento o recupero deambulazione: con o senza ausili _____
8. Conoscenza/addestramento uso ausili _____
9. Mobilizzazione autonoma _____
10. Miglioramento del ROM articolare _____
11. Incremento della forza muscolare _____
12. Recupero dell'autonomia nelle ADL: parziale o totale _____
13. Recupero funzionalità respiratoria _____
14. Recupero deglutizione _____
15. Altro _____

Tempi d'azione e di recupero attesi:

Figure coinvolte:

Valutazione intermedia e obiettivi

raggiunti:

Data: _____

Obiettivi a lungo termine:

1. Miglioramento/mantenimento dell'attività motoria
2. Recupero funzionalità articolare
3. Recupero/mantenimento mobilità-trasferimenti
4. Miglioramento stato cognitivo-percettivo
5. Recupero tono-forza-trofismo muscolare
6. Recupero postura seduta e/o eretta
7. Recupero/mantenimento o recupero deambulazione: con o senza ausili
8. Conoscenza/addestramento uso ausili
9. Mobilizzazione autonoma
10. Miglioramento del ROM articolare
11. Incremento della forza muscolare
12. Recupero dell'autonomia nelle ADL: parziale o totale
13. Recupero funzionalità respiratoria
14. Recupero deglutizione
15. Altro _____

Data: _____

Tempi d'azione e di recupero attesi:

Valutazione finale:

Figure coinvolte:

Firma assistito/tutore/amministratore di sostegno:

Firma TDR: _____

Fondazione Scarpari Forattini onlus
Via Garibaldi n.25 – 46020 Schivenoglia (MN)
Telefono: 0386/58121 • Fax: 0386/58192
E-mail: info@scarpari.it • Pec: scarpari@messaggipec.it
Sito internet: www.scarpari.it

CONTATTI DIRETTI

UFFICIO AMMINISTRATIVO

CENTRALINO: bbulgarelli@scarpari.it ~ nferri@scarpari.it
ASSISTENTE SOCIALE: cpizzoli@scarpari.it
RESPONSABILE AMMINISTRATIVO: abarbi@scarpari.it
RESPONSABILE CONTROLLO E MONITORAGGIO GESTIONE: cgabrielli@scarpari.it
UFFICIO ACQUISTI: dbuzzi@scarpari.it
UFFICIO PERSONALE: vnaldi@scarpari.it

REPARTI RSA

UFFICIO ACCOGLIENZA: accoglienza@scarpari.it
DIREZIONE SANITARIA: fbruno@scarpari.it
SERVIZIO INFERMIERISTICO: aloi@scarpari.it
SERVIZIO PSICO-EDUCATIVO: eghirardi@scarpari.it
SERVIZIO RIABILITATIVO: cluppi@scarpari.it
SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE: amorresi@scarpari.it