



Soggiorno Residenziale per anziani
Monticelli Pavese (PV)



CARTA DEI SERVIZI

Soggiorno residenziale per anziani

Tale servizio è autorizzato come struttura a cielo residenziale ex dec. Min. solidarietà sociale n°308/2001, ma non si avvale di accreditamento regionale.

E' destinato ad ospitare anziani per interventi socio assistenziali e socio sanitari,finalizzati al mantenimento ed al recupero delle residue capacità di autonomia della persona ed al sostegno della famiglia.



- La costruzione si trova al centro del paese e si affaccia sulla piazza della Chiesa dove sono presenti tutti i servizi utili: Ambulatorio medico , Municipio , Chiesa , Farmacia , Ufficio postale, Bar, Minimarket.
- La struttura, servita da ascensore, è posta su due livelli primo e secondo piano.
- I posti disponibili sono sei:
 - n°1 Camera da letto doppia con bagno, televisore e disponibilità del telefono.
 - n°1 Camera da letto doppia con bagno, televisore e disponibilità del telefono.
 - n°1 Appartamento con camera doppia, ampio bagno, televisore e disponibilità del telefono.
- Tutti i posti letto sono dotati di lettini ergonomici elettrici.
- Le parti comuni per socializzare e vivere insieme sono:
 - Cucina con ampia sala da pranzo.
 - Sala tv con salotto di intrattenimento.
 - Il grande terrazzo con vista sulla piazza centrale del paese.
- Gli ospiti possono ricevere le visite in ogni momento della giornata.
- Per le prestazioni sanitarie ci avvaliamo di personale esterno alla struttura:
 - Medico di base.
 - Servizi dell' ASL.
 - Infermiera professionale.
 - Medici specialistici.

La retta viene definita al momento del contratto secondo le necessità dell'ospite.

Nella retta sono compresi i seguenti servizi:

- Vitto e alloggio.
- Igiene e cura della persona.
- Servizio di lavanderia.
- Diete personalizzate seguite da un alimentarista.
- Assistenza religiosa in accordo con la vicina Parrocchia.

Nella retta non sono compresi i seguenti servizi.

- Spese mediche specialistiche.
- Spese telefoniche
- Ticket per i non esenti.
- Servizio Taxi.
- Spese per autolettighe.
- Parrucchiera o barbiere

Al momento del contratto di ammissione dovrà essere versata una cauzione pari a una mensilità concordata precedentemente.

Tale cauzione verrà restituita al trentesimo giorno successivo alla cessata collaborazione.

La cessata collaborazione dovrà essere comunicata per iscritto e con un preavviso di 15 giorni.

In questo caso se la cessata collaborazione avviene entro la prima metà del mese successivo, verrà versata metà della retta mensile ;se la cessata

collaborazione avviene nella seconda metà del mese successivo, la retta dovrà essere versata interamente.

Resta inteso che la cauzione verrà restituita il trentesimo giorno successivo alla cessata collaborazione.

In mancanza dei due requisiti di cui sopra (preavviso scritto con un anticipo di 15 giorni) se la comunicazione della cessata collaborazione dovesse avvenire alla fine del mese, non verrà restituita la cauzione.

Se la comunicazione della cessata collaborazione dovesse avvenire dopo il pagamento della retta , questa non sarà restituita.

Il pagamento della retta dovrà avvenire in via anticipata entro e non oltre il primo giorno del mese. In caso di bonifico bancario il pagamento dovrà avvenire entro e non oltre il 5 di ogni mese.

In caso di ricovero ospedaliero dell'ospite i signori parenti se ne dovranno prendere cura per tutto il tempo della degenza.

Resta inteso che l'assenza dell'ospite dalla struttura non comporta la sospensione del pagamento della retta mensile.

In caso di decesso dell'ospite successivamente al pagamento della retta non è prevista la restituzione della stessa.

Documenti richiesti per l'ammissione

1. Scheda medica compilata dal proprio medico curante
2. Carta d'identità
3. Codice fiscale
4. Tessera sanitaria
5. Tesserini d'esenzione

Tutti i documenti dovranno essere in formato originale.

L'ammissione avverrà solo dopo la valutazione del medico della struttura

Al momento dell'ammissione dell'ospite verrà comunicato un numero di riconoscimento che dovrà essere posizionato su tutti gli indumenti dai parenti stessi.

Dopo aver letto accuratamente accetto il contratto in tutti i suoi punti

Formula di acquisizione del consenso per il trattamento dei dati sensibili

Luogo _____

Data _____

Il /la sottoscritto/a acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.n° 196/2003 e consapevole ,in particolare che il trattamento riguarderà i dati sensibili di cui all'art.4 comma 1 lett. D, nonché art.26 del D.Lgs. 196/2003 vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose, filosofiche, o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti sindacali, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale"

-presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Firma leggibile _____ Figlio/a o Parente

-Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.(nel caso in cui sia prevista anche la comunicazione dei dati sensibili dell'interessato)

Firma leggibile _____ Figlio/a o Parente

-Presta il suo consenso per la diffusione dei dati nell'ambito indicato nell'informativa.(Nel caso sia prevista anche la diffusione dei dati sensibili diversi da quelli idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato; questi ultimi infatti non possono essere diffusi.)

Firma leggibile _____ Figlio/a o Parente

Dati anagrafici parenti

Cognome.....Nome.....
Residente.....Via.....N°.....
Prov.....Cap.....Grado di parentela.....
Tel...../..... Cell...../.....

Cognome.....Nome.....
Residente.....Via.....N°.....
Prov.....Cap.....Grado di parentela.....
Tel...../..... Cell...../.....

Cognome.....Nome.....
Residente.....Via.....N°.....
Prov.....Cap.....Grado di parentela.....
Tel...../..... Cell...../.....

Cognome.....Nome.....
Residente.....Via.....N°.....
Prov.....Cap.....Grado di parentela.....
Tel...../..... Cell...../.....



Soggiorno Residenziale IL MIO MUGHETTO

Per il ricovero del signor/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ N° _____

Diagnosi _____

- Sistema nervoso _____

- Orientamento nello spazio SI NO

- Alvo normale stipsi diarrea incontinenza dal giorno _____

- Fa uso di lassativi si no tipo _____

- Diuresi normale oliguria anuria poliuria incontinenza

Portatore di catetere CH _____ tipo _____ dal giorno _____

Portatore di abbigliamento protettivo

- Alimentazione autonoma necessità di assistenza

- Respiro eupnea dispnea apnea presenta fame d'aria

- Cuore e sistema circolatorio _____

Sonno notturno diurno fa uso di sonniferi tipo _____

- **Motilità:** deambulazione normale difficoltosa impossibile

Autonomia nell'uso della toilette si no

Capacità di mantenere la posizione seduta si no

Cause _____

Disturbi principali o concomitanti

Crisi epilettiche demenza demenza tipo Alzheimer

Abuso etilico diabete depressione grave

Positività per epatite HIV ipertensione

Piaghe da decubito tossicodipendenza

Allergie a farmaci quali _____

Intolleranze alimentari quali _____

Abitudini di vita

Cura di sé: presente assente

Fumo si no

Alcool si no

Comunicazione

Disturbi del linguaggio si no causa _____

Disturbi alla vista si no causa _____

Disturbi all'udito si no causa _____

Comunicabilità normale scarsa assente

Il paziente è in grado di provvedere alla propria igiene quotidiana si no

Il signor/ra _____ non è affetto da malattie infettive o contagiose

DATA _____ TIMBRO E FIRMA _____