



Scheda Sanitaria per ammissione alla Casa Albergo/Riposo - Medico curante

Protocollo Inps	
Cod.	AS070

Compilare in modo leggibile e sottoscrivere il presente modulo

Avvertenza: la presente scheda sanitaria dovrà essere compilata dal medico curante quando le visite ed i referti richiesti saranno disponibili

Proposta di ammissione alla Casa Albergo/Riposo INPS di: Monteporzio Catone
 Pescara
 Camogli

redatta dal medico curante dott./dott.ssa

Codice Fiscale	<input type="text"/>	Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Cognome	<input type="text"/>			
Nome	<input type="text"/>			
Nato/a il	<input type="text"/>			
Nato/a in	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Estero		
Provincia	<input type="text"/>			
Comune	<input type="text"/>			

Recapito del medico curante

Eventuale indirizzo diverso dalla residenza:

Stato	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Estero
Provincia	<input type="text"/>	
Comune	<input type="text"/>	CAP <input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	n. <input type="text"/>
Frazione*	<input type="text"/>	
Palazzina*	<input type="text"/>	sc.* <input type="text"/>
int.*	<input type="text"/>	Presso* <input type="text"/>
Telefono fisso*	<input type="text"/>	Fax* <input type="text"/>

Telefono mobile*	<input type="text"/>
E-mail*	<input type="text"/>

Numero di iscrizione all'Ordine dei Medici:	<input type="text"/>
---	----------------------

Dati del richiedente

Codice Fiscale	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																						Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Cognome	<input type="text"/>																								
Nome	<input type="text"/>																								
Stato Civile	<input type="text"/>																								
Nato/a il	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																								
Nato/a in	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Estero																							
Provincia	<input type="text"/>																								
Comune	<input type="text"/>																								

Codice Reg.n.	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									A.S.L.	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
Regione	<input type="text"/>																		
Esenzione ticket n.	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									rilasciata il	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

Invalidità																	
<input type="checkbox"/> Guerra																	
<input type="checkbox"/> Lavoro																	
<input type="checkbox"/> Servizio	Cat. <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																
<input type="checkbox"/> Civile																	
<input type="checkbox"/> Titolare di indennità di accompagnamento																	
<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no																
Esenzione da patologia:																	
Patologia	<input type="text"/>																
Esenzione ticket n.	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> rilasciata il <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																

Referti di visite specialistiche ed esami strumentali da allegare:
Anamnesi:
Familiare
<input type="text"/>

--

Fisiologica

--

Patologica remota (eventuali ricoveri)

--

Patologia prossima

--

Alvo e diuresi

--

Precedenti cerebro-vascolari

--

Patologie concomitanti

--

Esame obiettivo:

Condizioni generali

--

Peso corporeo e altezza

--

Alvo e diuresi

--

Cute e mucose

--

Distrofie cutanee

--

Sistema respiratorio

--

Apparato cardio-circolatorio

--

Pressione arteriosa (max/min) Polso Fc

--

Apparato digerente

--

Apparato genito-urinario

--

Sistema endocrino

--

Apparato linfoghiandolare

--

Sistema nervoso centrale-periferico

--

Psiche

--

Apparato osteo-articolare

--

Organi di senso

--

Sintesi diagnostica

--

Terapia in atto

--

Controlli periodici

--

Allergie

--

Diete da seguire

--

Eventuale uso di protesi

--

Grado di autosufficienza

Grado di autonomia

Giudizio conclusivo di idoneità alla vita comunitaria in Casa Albergo/Riposo per anziani autosufficienti
 Dichiaro che il/la sig./sig.ra

Cognome

Nome

- attualmente è esente da malattie infettive o forme morbose incompatibili con la vita in comunità
- è in buone condizioni psicofisiche
- è in grado di attendere a se stesso/a, conducendo vita in comunità.

In fede

Luogo e data

Il medico curante
(timbro e firma)

Referti di visite specialistiche ed esami strumentali da allegare:

- Videat Neurologico
- Videat Diabetologico (nel caso di affezione)
- Videat Cardiologico
- Videat Oculistico e Fondo Oculare

- ECG
- RX Torace
- Esame Audiometrico

- Esame Emocromo completo
- Markers Epatite B/C (o HBSAG)
- Gruppo Sanguigno e Fattore RH

- TPHA
 - Elettroliti
 - Glicemia
 - Azotemia
 - Creatinemia
 - Uricemia
 - GOT-GPT-YGT
 - Birlublnemia Totale e Frazionata
 - Colesterolo Totale
 - Colesterolo HDL
 - Trigliceridi
 - Tempo Aggregazione Piastrinica
 - VDRL
-
- Esame Urine Completo

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

L'INPS, in qualità di Titolare del trattamento, con sede legale in Roma, via Ciro il Grande, n. 21, la informa che i dati personali forniti nell'ambito del procedimento che la riguarda, compresi quelli di cui agli artt. 9 e 10 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito, "Regolamento UE"), sono trattati in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE medesimo e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", al fine di definire la domanda e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse o per garantire il rispetto di obblighi di legge.

Il trattamento dei suoi dati personali potrà avvenire mediante l'utilizzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza nel rispetto delle indicazioni previste dal Regolamento UE, a partire da quanto indicato agli artt. da 5 a 11, e sarà svolto da dipendenti dell'Istituto appositamente autorizzati ed istruiti. Solo eccezionalmente, i suoi dati potranno essere conosciuti e trattati da soggetti che, nel fornire specifici servizi o svolgere attività strumentali per conto dell'INPS, operano in qualità di Persone autorizzate o Responsabili del trattamento designati dall'Istituto, nel rispetto e con le garanzie a tale scopo indicate dal Regolamento UE.

I suoi dati personali potranno essere diffusi esclusivamente se ciò sia previsto dalla base giuridica per cui si procede e, in linea con tale requisito, è altresì ammessa la comunicazione di selezionati dati oggetto di trattamento dall'INPS ad altri soggetti pubblici o privati; si tratta di autonomi Titolari del trattamento, che possono operare nei limiti strettamente necessari per la sola finalità per cui si è operata la comunicazione.

Il conferimento dei dati non indicati con asterisco è obbligatorio, poiché previsto dalle leggi, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria, che disciplinano la prestazione e gli adempimenti ad essa connessi; la mancata fornitura dei dati richiesti può comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti, oltre che, in taluni casi individuati dalla normativa di riferimento, anche l'applicazione di sanzioni.

Alcuni trattamenti effettuati dall'INPS, per le finalità elencate in precedenza, possono prevedere il trasferimento dei dati personali all'estero, all'interno e/o all'esterno dell'Unione Europea.

Qualora ciò sia necessario, l'INPS nel garantire il rispetto del Regolamento UE (art. 45), procede al trasferimento dei dati soltanto verso quei Paesi che garantiscono un adeguato livello di protezione degli stessi. Nei casi previsti, lei ha il diritto ad opporsi al trattamento o ad ottenere dall'INPS, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali che la riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza può essere presentata all'INPS tramite il Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo: INPS - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Ciro il Grande, n. 21, cap. 00144, Roma; posta elettronica certificata: responsabileprotezionedati.inps@postacert.inps.gov.it. Qualora ritenga che il trattamento di dati personali che la riguardano sia effettuato dall'INPS in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento UE) o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 Regolamento UE). Ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati e ai diritti che le sono riconosciuti possono essere reperite sul sito istituzionale www.inps.it, "Informazioni sul trattamento dei dati personali degli utenti dell'INPS, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679", oppure sul sito www.garanteprivacy.it del Garante per la protezione dei dati personali.