



**DOMANDA DI AMMISSIONE
CENTRO DIURNO INTEGRATO
"GIUSEPPE BONIZZI e VIRGINIA GUASCONI"**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. (____) il _____

residente a _____ Prov. (____) CAP _____ in Via _____

Tel. _____ altri recapiti _____

C. Fiscale _____ in qualità di _____ (grado di parentela) del/della sig./sig.ra

Ospite del C.D.I.

Cognome/nome _____ nato/a a _____ (prov. ____)

residente a _____ in Via _____ n. _____

medico curante _____

CHIEDE

l'ammissione al Centro Diurno Integrato

SI IMPEGNA AL PAGAMENTO

della retta di degenza in vigore per il C.D.I. di questa Fondazione a decorrere dal giorno _____
per €. _____ giornalieri, con cadenza mensile posticipata da effettuarsi entro il decimo giorno del
mese relativo.

Il sottoscritto è a conoscenza che, qualora il presente impegno non fosse rispettato, la Direzione dell'Ente
potrà dimettere l'ospite stesso.

Soncino, _____

firma

Si prega di inviare la fattura per il pagamento della retta:

Destinatario _____

Via _____ Città _____

In ottemperanza alle disposizioni di cui al D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, il sottoscritto,
acconsente al trattamento dei suoi dati personali e di quelli del suo familiare.

firma

Oggetto: tutela della privacy D. Lgs. 196/2003

INFORMATIVA

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/03) che per poter accettare la domanda di ammissione e dar corso all'assistenza del/della

Sig./sig.ra _____

questa amministrazione necessita di conoscere i dati personali e di salute dell'interessato ed anche i dati personali riguardanti i familiari o persone cui fare riferimento per la tutela.

I dati personali da lei forniti a questa Fondazione e quelli altrimenti acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, inerenti, connessi e/o strumentali ai servizi assistenziali/sanitari offerti, formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di strumenti elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria, ma la Fondazione non può prescindere, nell'espletamento dei suoi compiti, dall'acquisire direttamente da lei o tramite documentazione medica in suo possesso o tramite accertamenti o visite, tutti i dati relativi alla persona interessata al ricovero, ritenuti utili ai fini clinici. In mancanza del conferimento di dati, la Fondazione non può accogliere la richiesta di prestazione dei servizi.

Per i dati necessari e sufficienti, sarà data comunicazione di essere all'interno della Fondazione, a tutto il personale incaricato e, all'esterno della Fondazione, all'ASL, Regione Lombardia, Assicurazioni ed Enti Previdenziali e altri Istituti che potrebbero essere, a diverso ma competente titolo, interessati.

Per ulteriori garanzie la informiamo che:

- tutto il personale è stato informato e formato al rispetto del D. Lgs. 196/03;
- in relazione ai predetti trattamenti potrete esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/03, tra cui in particolare il diritto di conoscere i vostri dati personali registrati, ottenere la cancellazione quando consentito dalla legge, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione od opporvi a trattamenti specifici;
- il Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore Amministrativo della Fondazione.

In particolare, 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 Direttore Amministrativo
Bonazzoli Franco

Il Presidente
Vanoli Ugo

CONSENSO

Il sottoscritto/a _____ in qualità di _____

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 dei propri.

Data _____

In fede _____



SCHEDA SOCIALE
CENTRO DIURNO INTEGRATO
"GIUSEPPE BONIZZI e VIRGINIA GUASCONI"

Dati anagrafici e composizione familiare

Utente

Nome e cognome Sesso F M
Data di nascita Stato civile
Residenza (via, n. civico, località)
Domicilio (se diverso dalla residenza)
Telefono Codice fiscale
Tessera sanitaria Esenzioni ticket Invalidità %
Indennità di accompagnamento sì no in corso
Utilizzo di ausili (carrozine, pannoloni, sacche per urina, deambulatore, ecc) specificare:
.....

Richiedente

Nome e cognome Sesso F M
Residenza (via, n. civico, località)
Telefono Grado di parentela

Altri familiari o referenti

Nome e cognome Sesso F M
Residenza (via, n. civico, località)
Telefono Grado di parentela
Nome e cognome Sesso F M
Residenza (via, n. civico, località)
Telefono Grado di parentela



1 - Potenzialità del sistema familiare

- Vive solo e non ha familiari
- Vive solo ed ha familiari non conviventi:

grado di parentela	grado di parentela
residenza	residenza
limitazioni (1)	limitazioni (1)
coinvolgimento nella cura (2)	coinvolgimento nella cura (2)

grado di parentela	grado di parentela
residenza	residenza
limitazioni (1)	limitazioni (1)
coinvolgimento nella cura (2)	coinvolgimento nella cura (2)

- Vive con familiari

Quanti sono i familiari conviventi ?

Indicare se:

- persone di età = 0 < di 3 anni
- persone minorenni
- persone di età = 0 > di 75 anni
- persone titolari di invalidità
- persone con problematiche specifiche se sì, specificare

2 – Situazione abitativa

Indicare eventuali caratteristiche dell'abitazione che rendono difficoltosa l'assistenza all'anziano a domicilio (ad es. isolata, poco servita, sovraffollamento, barriere architettoniche ecc.)

.....
.....

3 – Vita di relazione

- L'anziano ha relazioni esclusivamente all'interno del proprio nucleo familiare
- L'anziano ha relazioni all'interno e all'esterno del proprio nucleo familiare
- L'anziano non ha relazioni sociali

Osservazioni:

.....
.....

4 – Utilizzo dei servizi

Se negli ultimi 12 mesi l'anziano ha usufruito di prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie indicare quali:

	tipo di prestazione	frequenza
Assistenza domiciliare
Assistenza domiciliare integrata
Telesoccorso
Segretariato sociale
IDR o centri aggregativi
Centro diurno integrato
Altro, specificare

Tali prestazioni sono ritenute adeguate alle esigenze assistenziali dell'anziano? Si No

Se no, perché?

Nessun bisogno

Domanda non evasa

Problemi economici

5 – Rete di intervento

	attività	frequenza
Assistente privata ad ore
Badante
Vicini di casa
Volontari
Altro, specificare

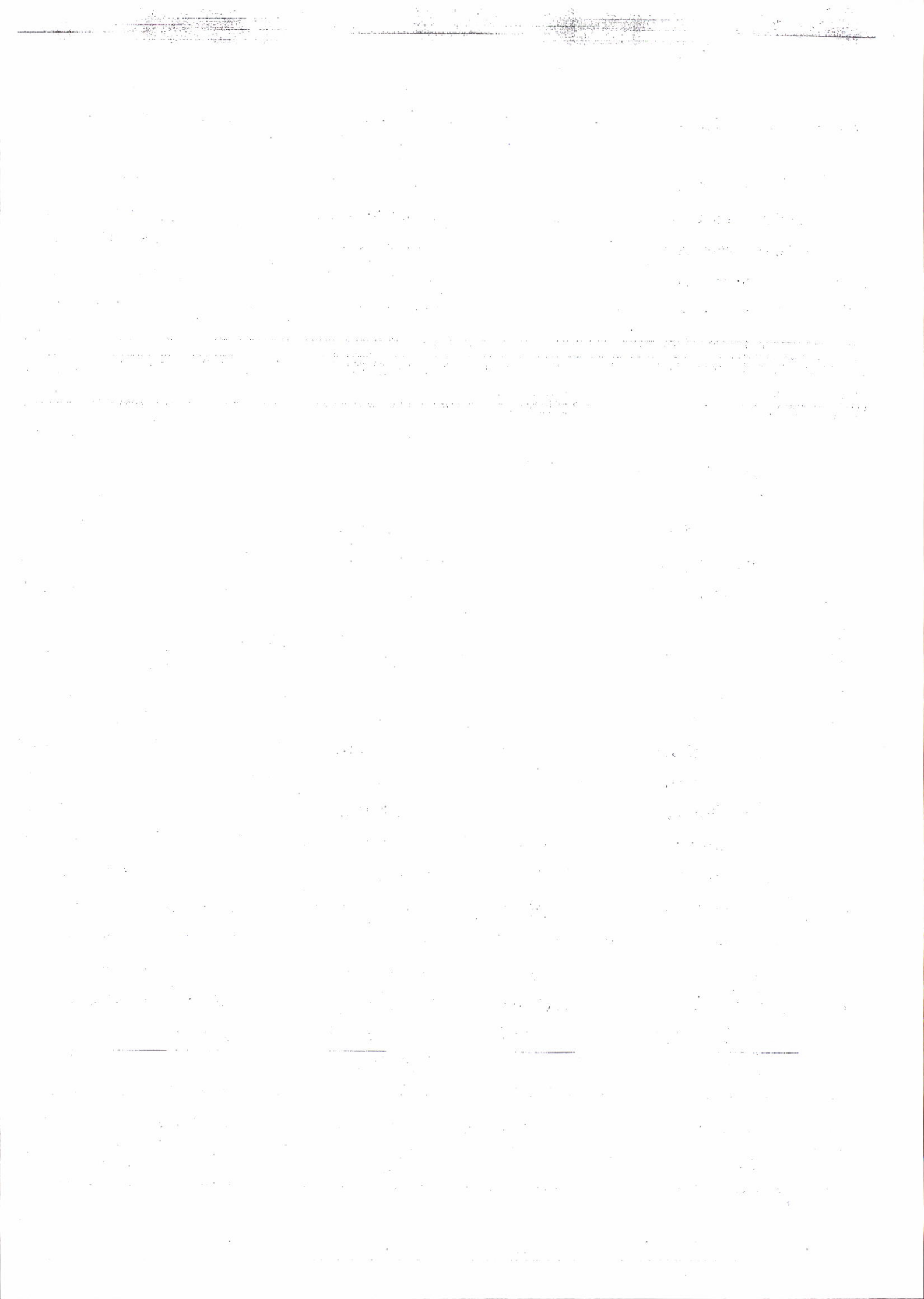
Osservazioni:

.....
.....

Osservazioni finali o segnalazioni:

.....
.....

- 1) Limitazioni ▶ segnalare se la persona o un altro membro del nucleo familiare si trova in una delle seguenti situazioni: minore di età fino a 16 anni, anziano di età oltre i 75 anni, invalido civile con percentuale superiore al 74%, persona con problematiche specifiche quali malattia, disturbi psichici o psicologici, abuso di alcool o stupefacenti, se altre specificarle.
- 2) Coinvolgimento nella cura ▶ specificare il tempo dedicato alla cura dell'anziano e le attività svolte.



SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICA PER L'ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI

DATA _____

Signor/ra _____ Sesso: M F Cod. Fisc. _____
 Tessera Sanitaria n° _____ Invalido: _____ % con accompagnamento SI NO
 Nato/a a: _____ il _____ Comune di residenza: _____
 Domicilio: _____ Telefono: _____
 Medico di famiglia dott. _____ Medico Curante dott. _____

CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (C.I.R.S.)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1) Patologia Cardiaca (solo cuore)
<i>diagnosi:</i> _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)
<i>diagnosi:</i> _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3) Patologie Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)
<i>diagnosi:</i> _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4) Patologie Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)
<i>diagnosi:</i> _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)
<i>diagnosi:</i> _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)
<i>diagnosi:</i> _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, emie)
<i>diagnosi:</i> _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8) Patologie Epatiche (solo fegato)
<i>diagnosi:</i> _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9) Patologie Renali (solo rene)
<i>diagnosi:</i> _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 10) Altre Patologie Genito-Urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)
<i>diagnosi:</i> _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 11) Sistema Muscolo-Scheletrico Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)
<i>diagnosi:</i> _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)
<i>diagnosi:</i> _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 13) Endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)
<i>diagnosi:</i> _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 14) Psichiatrico-comportamentali (la diagnosi e la gravità vanno indicati sul retro nel quadro riservato all'analisi dei disturbi comportamentali) | | | | | |

LEGENDA:

- | | |
|-----------------|--|
| (1) assente | nessuna compromissione d'organo/sistema; |
| (2) lieve | la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, emie, emorroidi); |
| (3) moderato | La compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco); |
| (4) grave | La compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco); |
| (5) molto grave | La compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia); |

NOTA BENE
 La mancata attribuzione di giudizio di gravità determina che la patologia sia considerata assente

Valutazione sintetica dello stato di salute in relazione alla severità clinica e comorbidità

(2) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE (4) MODERATA COMPROMISSIONE (8) GRAVE COMPROMISSIONE

TERAPIA IN ATTO:

Items tratti dalla scala "BASIC ACTIVITIES OF DAILY LIVING" (VALUTAZIONE FUNZIONALE DI BARTHEL)

MOBILITA' / DEAMBULAZIONE

	(nessun deficit)	(deficit lieve)	(deficit moderato)	(deficit grave)	(deficit molto grave)
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spostamenti sedia-letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione o in alternativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valutazione sintetica del grado di compromissione della mobilità/deambulazione

(8) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE (16) MODERATA COMPROMISSIONE (32) GRAVE COMPROMISSIONE

COGNITIVA' E COMPORTAMENTO: SCALA DI GOTTFRIES - BRANE - STEENE (GBS)

Sintomatologia

	assente	lieve	moderata	grave
Confusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patologie psichiatrico-comportamentali (14° item C.I.R.S.: demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

Valutazione sintetica della gravità del disturbo cognitivo e comportamentale

(4) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE (8) MODERATA COMPROMISSIONE (16) GRAVE COMPROMISSIONE

ALTRE CONDIZIONI DI RILEVANZA CLINICA

- LESIONE DA DECUBITO
- CATETERE URINARIO a permanenza
- STOMI: Ureterostomia Colostomia Tracheostomia Altro _____
- INSUFFICIENZA RESPIRATORIA Ossigeno Terapia al bisogno Ossigeno Terapia continua Ventilatore
- ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE SNG (sond. nasogastrico) PEG (sond. percutaneo endogastrica) NPT (nutriz. parent. totale)
- DIABETE insulina dipendente
- INSUFFICIENZA RENALE: EMODIALISI DIALISI peritoneale
- ALTRO: _____

ANAMNESI PATOLOGICA RECENTE/NOTE/CONDIZIONE IGIENICO SANITARIA

data _____

Firma del medico _____

SPAZIO RISERVATO AL MEDICO I

IDONEO

NON IDONEO

DATA _____

"Vi informiamo che il trattamento dei Vostri dati è da noi eseguito nel rispetto del D.Lgs. n. 196/03 sulla Privacy. In relazione a tale trattamento potete esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7, contattandoci agli usuali recapiti."

