



**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. ____) il _____
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 €. 27,50 giornalieri, con cadenza mensile posticipata da effettuarsi entro il decimo giorno del mese
relativo, dal lunedì al sabato, escluso i festivi infrasettimanali (17€ al gg in caso di assenza).

Trasporto richiesto sì no (solo per residenti a Soncino – 2,00€ al giorno)

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 _____

I dati conferiti in occasione della sottoscrizione della presente domanda saranno raccolti e trattati in ottemperanza alla normativa
vigente sulla privacy (GDPR 679/2016 - Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativamente alla
protezione dei dati personali), secondo quanto specificato nell'informativa resa all'interessato allegata al presente modulo.



**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 si no in corso

Utilizzo di ausili (carrozzine, pannolini, 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 = o < di 3 anni

persone minorenni

persone di età = o > di 75 anni

persone titolari di invalidità

persone con problematiche specifiche se si, 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:

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)
diagnosi: _____ | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)
diagnosi: _____ | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 3) Patologie Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)
diagnosi: _____ | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 4) Patologie Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)
diagnosi: _____ | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)
diagnosi: _____ | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)
diagnosi: _____ | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, emie)
diagnosi: _____ | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 8) Patologie Epatiche (solo fegato)
diagnosi: _____ | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 9) Patologie Renali (solo rene)
diagnosi: _____ | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 10) Altre Patologie Genito-Urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)
diagnosi: _____ | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 11) Sistema Muscolo-Scheletrico Cute (muscoli, scheletro, legamenti)
diagnosi: _____ | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)
diagnosi: _____ | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 13) Endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)
diagnosi: _____ | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 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
 grado di gravità determina
 che la patologia
 sia considerata assente

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

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

TERAPIA IN ATTO:

<i>Items tratti dalla scala "BASIC ACTIVITIES OF DAILY LIVING" (VALUTAZIONE FUNZIONALE DI BARTHEL)</i>					
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					
<input type="checkbox"/> (8) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE	<input checked="" type="checkbox"/> (16) MODERATA COMPROMISSIONE	<input type="checkbox"/> (32) GRAVE COMPROMISSIONE			
COGNITIVITA' 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"/>	
Irtilabilità	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valutazione sintetica della gravità del disturbo cognitivo e comportamentale					
<input type="checkbox"/> (4) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE	<input type="checkbox"/> (8) MODERATA COMPROMISSIONE	<input type="checkbox"/> (16) GRAVE COMPROMISSIONE			
ALTRI CONDIZIONI DI RILEVANZA CLINICA					
<input type="checkbox"/> LESIONE DA DECUBITO	<input type="checkbox"/> CATETERE URINARIO a permanenza	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Altro	
<input type="checkbox"/> STOMI: <input type="checkbox"/> Ureteroestomia		<input type="checkbox"/> Ossigeno Terapia al bisogno	<input type="checkbox"/> Ossigeno Terapia continua	<input type="checkbox"/> Ventilatore	
<input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA RESPIRATORIA		<input type="checkbox"/> SNG (sond. nasogastrico)	<input type="checkbox"/> PEG (sond. percutaneo endogastrica)	<input type="checkbox"/> NPT (nutriz. parent. totale)	
<input type="checkbox"/> ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE		<input type="checkbox"/> EMODIALISI	<input type="checkbox"/> DIALISI peritoneale		
<input type="checkbox"/> DIABETE insulina dipendente					
<input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA RENALE:					
<input type="checkbox"/> ALTRO:					
ANAMNESI PATHOLOGICA RECENTE/NOTE/CONDIZIONE IGIENICO SANITARIA					

data _____ Firma del medico _____

SPAZIO RISERVATO AL MEDICO DELLA STRUTTURA

- IDONEO
 NON IDONEO

DATA _____

I dati conferiti in occasione della sottoscrizione della presente domanda saranno raccolti e trattati in ottemperanza alla normativa vigente sulla privacy (GDPR 679/2016 - Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativamente alla protezione dei dati personali), secondo quanto specificato nell'informativa resa all'interessato allegata al presente modulo