



**DOMANDA DI AMMISSIONE
CENTRO DIURNO INTEGRATO
"GIUSEPPE BONIZZIS 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 €. 28,00 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 ☐ sì ☐ no ☐ in corso
Utilizzo di ausili (carrozzine, 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
residenza
limitazioni (1)
coinvolgimento nella cura (2)

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

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

grado di parentela
residenza
limitazioni (1)
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? Sì ☐ 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)	①	②	③	④	⑤
diagnosi: _____					
2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	①	②	③	④	⑤
diagnosi: _____					
3) Patologie Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	①	②	③	④	⑤
diagnosi: _____					
4) Patologie Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	①	②	③	④	⑤
diagnosi: _____					
5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	①	②	③	④	⑤
diagnosi: _____					
6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	①	②	③	④	⑤
diagnosi: _____					
7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, emie)	①	②	③	④	⑤
diagnosi: _____					
8) Patologie Epatiche (solo fegato)	①	②	③	④	⑤
diagnosi: _____					
9) Patologie Renali (solo rene)	①	②	③	④	⑤
diagnosi: _____					
10) Altre Patologie Genito-Urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	①	②	③	④	⑤
diagnosi: _____					
11) Sistema Muscolo-Scheletrico Cute (muscoli, scheletro, legamenti)	①	②	③	④	⑤
diagnosi: _____					
12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)	①	②	③	④	⑤
diagnosi: _____					
13) Endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)	①	②	③	④	⑤
diagnosi: _____					
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	☐	☐	☐	☐	☐
Alimentazione	☐	☐	☐	☐	☐
Spostamenti sedia-letto	☐	☐	☐	☐	☐
Deambulazione o in alternativa	☐	☐	☐	☐	☐
Locomozione su sedia a rotelle	☐	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐
Irritabilità	☐	☐	☐	☐
Irritabilità	☐	☐	☐	☐

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 endogastrico) ☐ 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 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