



**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 €. 25,00 giornalieri, con cadenza mensile posticipata da effettuarsi entro il decimo giorno del mese relativo, dal lunedì al venerdì (.....) o dal lunedì al sabato (.....) (15€ al gg in caso di assenza, 21€ al gg per frequenza parziale).

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 (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 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) <i>diagnosi:</i> _____	①	②	③	④	⑤
2) Iperensione (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, ernie) <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, ernie, 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 comorbilità

(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"/>				
Aimentazione	<input type="checkbox"/>				
Spostamenti sedia-letto	<input type="checkbox"/>				
Deambulazione o in alternativa	<input type="checkbox"/>				
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>				

Valutazione sintetica del grado di compromissione della mobilità/deambulazione
 (8) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE (16) MODERATA COMPROMISSIONE (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"/>
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 DELLA STRUTTURA

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."