



CENTRO
DIURNO
INTEGRATO

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL CENTRO DIURNO

DATI DELLA PERSONA DA AMMETTERE

<input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA			
Cognome e Nome			
Stato Civile			
Codice Fiscale			
Nato/nata il		Comune o Stato Estero di Nascita	
Comune di residenza		Provincia	
Indirizzo			
Telefono			
CODICE ASSISTITO Rilevato su Tessera Regionale Sanitaria			
n. Figli Maschi			
n. Figlie Femmine			
Scolarizzazione			
Professione prima della pensione			

Tariffa giornaliera

€ 30,00

+

supplemento trasporto
(andata e ritorno)

€ 3,00





CENTRO
DIURNO
INTEGRATO

La persona da ammettere usufruisce di

BUONO SOCIO SANITARIO

SÌ NO Ha presentato domanda

ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO

SÌ NO Ha presentato domanda

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

SÌ NO Ha presentato domanda

VOUCHER

SÌ NO Ha presentato domanda

Onere della retta

- IN PROPRIO
 A PARZIALE CARICO COMUNE
 A TOTALE CARICO COMUNE

Per la persona da ammettere è stato nominato un

- TUTORE
 CURATORE
 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

DATI DELLA PERSONA CHE INOLTRA LA DOMANDA DI AMMISSIONE

Cognome e Nome			
Codice Fiscale			
Grado di parentela con la persona da ammettere			
Nato/nata il		Comune o Stato Estero di Nascita	





CENTRO
DIURNO
INTEGRATO

Comune di residenza		Provincia	
Indirizzo			
Numeri di telefono di riferimento			

ALTRE PERSONE DI RIFERIMENTO

Cognome e Nome			
Grado di parentela con la persona da ammettere			
Comune di residenza		Provincia	
Indirizzo			
Numeri di telefono di riferimento			

La presente domanda di ammissione **ha validità di un anno** dalla data di inoltro: trascorso tale termine dovrà essere rinnovata allegando la certificazione medica aggiornata. Il/la sottoscritto/a **si impegna**, al momento dell'ammissione dell'ospite, al pagamento totale della retta stabilita per tutto il periodo di permanenza dello stesso.

Data _____

Firma _____





CENTRO
DIURNO
INTEGRATO

Informativa ed espressione del Consenso ai sensi del Regolamento UE 2016/679

I dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente a scopi amministrativi per la presentazione della domanda di ammissione e la gestione delle comunicazioni e degli adempimenti conseguenti. Per nessun motivo tali dati saranno resi pubblici o ceduti a terzi. I dati sopra riportati sono destinati esclusivamente alla Società indicata come destinatario.

La comunicazione e diffusione dei dati sopra riportati a soggetti diversi da quelli indicati, od in generale qualsivoglia utilizzo illecito dei dati ivi contenuti, è proibita ai sensi del Reg. UE/679/2016.

La informiamo infine che in ogni momento potrà esercitare i diritti nei confronti del Titolare del trattamento ai sensi del Reg. UE/679/2016, quindi ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati, conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza, chiederne l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione, la limitazione di trattamento, la portabilità, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento. In caso di assenza del consenso al trattamento dati la Fondazione non potrà accogliere la presente domanda.

Per presa visione ed espressione del Consenso

Data _____

Firma dell'ospite

Firma del familiare/responsabile

Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno





SCHEDA DI INSERIMENTO

CERTIFICAZIONE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

Anagrafica	Nome	Cognome
	Nato a	Il
	Residente a	Via
Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)		
Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse		
Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti		

MEDICO CURANTE





Dispositivi in uso	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Pace-maker <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Broncoaspirazione <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) <input type="checkbox"/> Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno <input type="checkbox"/> Ventilatore per insuff. respiratorie gravi	<input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale <input type="checkbox"/> ICD (defibrillatore) <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Porth-a-cath
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori		
Lesioni da decubito Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)		
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro)		
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

MEDICO CURANTE





Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sì Specificare _____ _____ _____	
Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi 6 mesi Note _____ _____ _____	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> Stabile	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> Moderatamente stabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> Moderatamente instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> Instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> Acuzie	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani
Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Si richiede visita domiciliare

MEDICO CURANTE

Data _____

Firma _____





SCHEDA DI INSERIMENTO

PARTE PER LA FAMIGLIA / CAREGIVER

Anagrafica	Nome	Cognome
	Nato a	Il
	Residente a	Via
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato	
	Pensione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Ente erogatore
	Invalidità <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Ente erogatore
Modalità di gestione del reddito	<input type="checkbox"/> Anziano stesso	
	<input type="checkbox"/> Familiare	
	<input type="checkbox"/> Amministratore	
	<input type="checkbox"/> Altro	
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)		

FAMIGLIA / CAREGIVER





CENTRO
DIURNO
INTEGRATO

Medico di Medicina Generale	Dr. / Dr.ssa
	Recapito telefonico
Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc...	
Provenienza Domicilio; Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	<input type="checkbox"/> Temporaneo
	<input type="checkbox"/> Definitivo
	<input type="checkbox"/> Altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro)	
Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
Diete particolari	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì Specificare _____ _____
Comportamenti Autolesivi	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì Specificare _____ _____

FAMIGLIA / CAREGIVER





Fumo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Alcol	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Capacità di nutrirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo
	<input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza
	<input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
Masticazione	<input type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri
	<input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli
	<input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca
Protesi dentaria	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì e la usa
	<input type="checkbox"/> Sì ma NON la usa
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo
	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo
	<input type="checkbox"/> NON autonomo
Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo
	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo
	<input type="checkbox"/> NON autonomo
Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente
	<input type="checkbox"/> NON continente
	<input type="checkbox"/> Uso di pannoloni
	<input type="checkbox"/> Catetere

FAMIGLIA / CAREGIVER





Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente
	<input type="checkbox"/> NON continente
	<input type="checkbox"/> Uso di pannoloni
	<input type="checkbox"/> Stomia
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo
	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo
	<input type="checkbox"/> NON autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo
	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo
	<input type="checkbox"/> NON autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Con lenti
	<input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro
	<input type="checkbox"/> Con ausilio
	<input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Alterato
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Con ausilio
	<input type="checkbox"/> Protesi
	<input type="checkbox"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Con ausilio

FAMIGLIA / CAREGIVER





	<input type="checkbox"/> Non in grado	
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Normale	
	<input type="checkbox"/> Con ausilio	
	<input type="checkbox"/> Non in grado	
Uso della sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> È autonomo nell'uso	
Ausili utilizzati	<input type="checkbox"/> Nessuno	
	<input type="checkbox"/> Sì	Specificare quali
	<input type="checkbox"/> Di proprietà	<input type="checkbox"/> Fornito da
	In data	
Accetta la terapia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Assume la terapia autonomamente	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Sonno / riposo	<input type="checkbox"/> Normale	
	<input type="checkbox"/> Disturbato	
	<input type="checkbox"/> Insonnia	
Aggressività	<input type="checkbox"/> Sì	
	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> A volte	
Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="checkbox"/> Sì	
	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> A volte	

FAMIGLIA / CAREGIVER





CENTRO
DIURNO
INTEGRATO

FAMIGLIA / CAREGIVER	Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> Sì n. _____
		<input type="checkbox"/> No
	Utilizza una contenzione	<input type="checkbox"/> Sì Specificare _____
		<input type="checkbox"/> No
	Previsione di contatti con il paziente (es: n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

All'atto del ricovero, **si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.**

Data _____

Firma _____





SCHEDA SOCIALE

DATI ANAGRAFICI

1° Compilazione, data _____

Nome			
Cognome			
Stato Civile			
Data di Nascita			
Luogo di Nascita			
Nazionalità			
Luogo di provenienza	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Ospedale	<input type="checkbox"/> Altro

AREA RELAZIONALE

Parenti	Figli	
	Coniuge	
	Fratelli	
	Nipoti	
Caregiver chi si occupa dell'anziano		





Reti Informali	Amici	
	Conoscenti	
	Vicini di casa	
Scolarità	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	
	<input type="checkbox"/> Licenza media	
	<input type="checkbox"/> Professionali	
	<input type="checkbox"/> Diploma superiore	
	<input type="checkbox"/> Altro	
Professionalità svolta		
Lingua	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Altra lingua Specificare _____
Dialetto	<input type="checkbox"/> Sì Specificare _____	
Motivazione del ricovero		
Consapevolezza del ricovero		
Religione	<input type="checkbox"/> Cattolica	
	<input type="checkbox"/> Altra religione Specificare _____	
	<input type="checkbox"/> Praticante	
	<input type="checkbox"/> NON praticante	
Altro		





SERVIZI TERRITORIALI COINVOLTI

Tipologia	Nome e Cognome	Recapito Telefonico
Servizi Sociali Comunali		
Medico di Base		
Servizio ASL		
Altro		

TUTELA GIURIDICA

	Nome e Cognome	Recapito Telefonico
1] Tutore se nominato		
2] A.D.S. se nominato		
Atto di nomina di [1] o [2]		

Invalidità Civile	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì Percentuale _____
Indennità di Accompagnamento	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì
Situazione Pensionistica	Tipologia
	Altri tipi di sussidi





RILEVAZIONE BISOGNI OSPITE

Tipologia	Indipendente	Semi-indipendente	Dipendente
Igiene personale			
Vestizione			
Igiene ambientale			
Spese e disbrigo pratiche			
Sorveglianza			

Persone coinvolte nel soddisfacimento dei bisogni	
Interessi Abitudini di vita	

Allegato al contratto di ingresso dell'ospite.

Data _____

Firma _____

