



## RICHIESTA DI AMMISSIONE AL CENTRO DIURNO INTEGRATO

DATI DELLA PERSONA DA AMMETTERE

MASCHIO

FEMMINA

Cognome e Nome	
Stato Civile	
Codice Fiscale	
Data e luogo di nascita	
Indirizzo di residenza	
Telefono	
n. figli maschi	
n. figlie femmine	
Scolarizzazione	
Professione prima della pensione	

Tariffa giornaliera € 32,00

supplemento trasporto (andata e ritorno) entro 10 km € 5,00

La persona da ammettere usufruisce di

ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO

SÌ  NO  Ha presentato domanda

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

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	
Data e luogo di nascita	
Indirizzo di residenza	
Telefono	
e-mail	

## ALTRE PERSONE DI RIFERIMENTO

---

Cognome e Nome	
Codice Fiscale	
Grado di parentela con la persona da ammettere	
Data e luogo di nascita	
Indirizzo di residenza	
Telefono	
e-mail	

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 \_\_\_\_\_



## 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

\_\_\_\_\_



## SCHEMA DI INSERIMENTO

### CERTIFICAZIONE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

<p>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)</p>																	
<p>Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse</p>																	
<p>Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti</p>																	
<p>Dispositivi in uso</p>	<table><tr><td><input type="checkbox"/> Catetere vescicale</td><td><input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> PEG</td><td><input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pace-maker</td><td><input type="checkbox"/> ICD (defibrillatore)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tracheostomia</td><td><input type="checkbox"/> Stomie</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Broncoaspirazione</td><td><input type="checkbox"/> Porth-a-cath</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro)</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> Ventilatore per insuff. respiratorie gravi</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/> Pace-maker	<input type="checkbox"/> ICD (defibrillatore)	<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Stomie	<input type="checkbox"/> Broncoaspirazione	<input type="checkbox"/> Porth-a-cath	<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"/> Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico																
<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale																
<input type="checkbox"/> Pace-maker	<input type="checkbox"/> ICD (defibrillatore)																
<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Stomie																
<input type="checkbox"/> Broncoaspirazione	<input type="checkbox"/> Porth-a-cath																
<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																	
<p>Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori</p>																	
<p>Lesioni da decubito</p> <p>Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)</p>																	

MEDICO CURANTE



<p>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)</p> <p><b>ALLERGIE</b></p>		
<p>Cadute negli ultimi 6 mesi</p>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<p>Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì    Specificare _____ _____ _____	
<p>Stato nutrizionale</p>	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi 6 mesi Note _____ _____ _____	
<p>Giudizio sulla stabilità clinica</p>	<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
<p>Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo</p>	<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 \_\_\_\_\_



## SCHEMA 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)		
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/Miniass.	<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 _____ _____
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, attività manuali	
Capacità di nutrirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo
	<input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza
	<input type="checkbox"/> Deve essere imboccato

FAMIGLIA / CAREGIVER



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
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



FAMIGLIA / CAREGIVER

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	
	<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"/> Forniti da _____



FAMIGLIA / CAREGIVER	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	
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 \_\_\_\_\_



## SCHEMA 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 \_\_\_\_\_