



FONDAZIONE CASA FAMIGLIA
SAN GIUSEPPE ONLUS
VIMERCATE

Riservato alla Struttura

ID Utente _____

Data accettazione _____

DOMANDA DI INSERIMENTO CENTRO DIURNO INTEGRATO

FREQUENZA:	Tempo pieno:	Tempo pieno:	<input type="checkbox"/> Urgente
	<input type="checkbox"/> 8.00 – 17.00	<input type="checkbox"/> 8.00 – 19.00	
GIORNI DI FREQUENZA	<input type="checkbox"/> 5 giorni da lunedì a venerdì	<input type="checkbox"/> Altra richiesta: _____	<input type="checkbox"/> Preventiva

PARTE DA COMPILARE A CURA DELLA FAMIGLIA

Generalità della persona che richiede l'inserimento in CDI

Cognome e Nome:			Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nato a:	il:	cittadinanza:	
Residente a:	Via:		Cap.
Codice Fiscale:	Tessera Sanitaria:		
Tessera esenzione ticket:	telefono fisso:		
Stato Civile:	<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a		
Titolo di studio:	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Elementare <input type="checkbox"/> Media inf./avv. profess. <input type="checkbox"/> Media superiore <input type="checkbox"/> Laurea		
Professione principale prima del pensionamento:			

Generalità della persona referente

Cognome e Nome:			
Nato a:	il:		
Residente a:	Via:		Cap.
Codice fiscale:	Grado di parentela:		
Recapiti telefonici:			
Fisso: _____		Cellulare: _____	
Altro recapito: _____		e-mail: _____	

Il sottoscritto si impegna a comunicare alla Casa Famiglia San Giuseppe Onlus l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, ...)

Data

Firma

In relazione alla richiesta di inserimento l'anziano:

ha partecipato alla decisione è a conoscenza ma non ha partecipato non è al corrente

Motivo della richiesta di inserimento:

Persona non autonoma Solitudine Alloggio non idoneo
 Sollievo in famiglia In attesa di ricovero definitivo Altro _____

Figli viventi:

numero _____ di cui: Femmine numero _____ Maschi numero _____

La persona attualmente vive con:

Solo Coniuge Figli Badante Parenti

L'anziano usufruisce attualmente di:

Invalità civile	<input type="checkbox"/> Sì % _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ha presentato domanda
Assegno di accompagnamento	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ha presentato domanda
Assistenza Domiciliare Sociale SAD	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> In attesa
Assistenza Domiciliare Integrata ADI	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> In attesa

Protesi ed ausili in uso:

<input type="checkbox"/> girello deambulatore	<input type="checkbox"/> personale	<input type="checkbox"/> ATS
<input type="checkbox"/> carrozzina	<input type="checkbox"/> personale	<input type="checkbox"/> ATS
<input type="checkbox"/> materassino/cuscino antidecubito	<input type="checkbox"/> personale	<input type="checkbox"/> ATS
<input type="checkbox"/> letto ortopedico	<input type="checkbox"/> personale	<input type="checkbox"/> ATS
<input type="checkbox"/> pannolone	<input type="checkbox"/> personale	<input type="checkbox"/> ATS
<input type="checkbox"/> catetere	<input type="checkbox"/> personale	<input type="checkbox"/> ATS

Amministratore di sostegno:

Sì **Se si specificare:** Cognome e Nome/Ente _____
 No
 In fase di nomina Recapito telefonico: _____

Attività strumentali:

Uso del telefono	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> riceve aiuto	<input type="checkbox"/> non in grado
Fare acquisti	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> riceve aiuto	<input type="checkbox"/> non in grado
Cucinare	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> riceve aiuto	<input type="checkbox"/> non in grado
Pulizia della casa	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> riceve aiuto	<input type="checkbox"/> non in grado
Fare il bucato	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> riceve aiuto	<input type="checkbox"/> non in grado
Spostarsi con i mezzi	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> riceve aiuto	<input type="checkbox"/> non in grado
Assumere farmaci	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> riceve aiuto	<input type="checkbox"/> non in grado
Maneggiare denaro	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> riceve aiuto	<input type="checkbox"/> non in grado

Abitudini dietetiche:

libera mangia di tutto
 per diabete
 per TAO
 Altro

Autonomia nella vita quotidiana

Valutazione dell'autonomia

La persona è capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa?

- No, non è in grado. Serve la completa assistenza di due persone
- Serve la completa assistenza di una persona
- Serve assistenza per una o più fasi del trasferimento
- Occorre la presenza di una persona, ma solo per infondere fiducia o garantire sicurezza
- E' completamente autonoma

La persona è in grado di camminare da solo almeno per 50 metri?

- No, non è in grado
- E' in grado, ma serve la presenza costante di una o più persone
- Serve aiuto, ma solo per raggiungere il bastone o altri ausili
- E' necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
- Sì, percorre almeno 50 metri senza aiuto/supervisione (non importa se con il bastone o altro ausilio)

Se non cammina, è in grado di manovrare da solo la sedia a rotelle?

- No, non è in grado
- Sì, ma solo per brevi tratti e su superficie piana
- Serve aiuto solo per accostarsi al tavolo o al letto
- Serve aiuto solo negli spazi più angusti
- E' totalmente autonoma

La persona è in grado di provvedere da solo alla propria igiene?

- No, non è in grado. Servono due persone
- No, non è in grado. Serve l'aiuto di una persona
- E' necessario aiutarlo in uno o più aspetti dell'igiene personale
- Richiede solo un minimo di assistenza prima o dopo l'igiene
- E' completamente autonoma

La persona è in grado di alimentarsi autonomamente?

- No, non è in grado. Va imboccato o nutrito per altre vie
- Riesce a manipolare una posata, ma è necessaria assistenza attiva per tutto il pasto
- Serve assistenza per gli atti più complicati, come versare il latte o lo zucchero nel tè, aggiungere sale e pepe, imburrare, rovesciare un piatto
- Serve aiuto solo per tagliare la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli
- E' completamente autonoma

La persona è confusa?

- Sì, le capacità di pensiero sono completamente destrutturate
- Appare chiaramente confusa e non si comporta, in alcune situazioni, come dovrebbe
- Appare incerta e dubbiosa, ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio
- La persona è in grado di pensare chiaramente e ha contatti normali con l'ambiente

La persona è particolarmente irritabile?

- Sì, sempre
- Si irrita facilmente, anche per stimoli che non dovrebbero essere provocatori
- Si irrita solo se provocato e se gli vengono rivolte domande indiscrete
- No, è sempre calma

La persona è fisicamente irrequieta?

- Sì, è incapace di stare fermo anche per brevi periodi di tempo, cammina incessantemente
- E' molto irrequieto: non riesce a stare seduto, contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano
- Si agita, gesticola, ha difficoltà nel tenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
- La persona non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

Gent.le Signore/a

Il D.lgs del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Desideriamo quindi informarla che ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.lgs. n. 196/03), per poter accettare la presente domanda e dar corso all'ammissione presso il CDI è necessario che il soggetto gestore tratti i dati del richiedente l'ammissione ed i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.

I dati personali e relativi allo stato di salute forniti o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento in CDI, formeranno oggetto di trattamento, con ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza in CDI non può prescindere dall'acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l'ammissione ritenuti utili.

Pertanto, in mancanza del conferimento di dati e di autorizzazione al trattamento, la domanda di ammissione in CDI non può essere accolta. I dati acquisiti saranno comunicati agli organi competenti per l'assolvimento del debito informativo prescritto dalla normativa regionale.

Si precisa che il Titolare del trattamento è la Fondazione Casa Famiglia San Giuseppe Onlus e il responsabile del trattamento è il Direttore della Fondazione Roberto Zini al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 che la legge le riconosce.

D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali – Art. 7 Diritto di accesso ai dati personali

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intellegibile
2. L'interessato ha diritto di ottenere indicazioni:
 - a. dell'origine dei dati personali
 - b. delle finalità e modalità del trattamento
 - c. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici
 - d. degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2
 - e. dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impegno di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerca di mercato o di comunicazione commerciale.

Consenso del richiedente il ricovero per il trattamento dei dati personali (Informazione ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003)

Il sottoscritto _____ ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003, acconsente al trattamento dei dati personali sopra indicati al solo scopo dell'inserimento presso un CDI del territorio dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza

Data _____

Firma _____



FONDAZIONE CASA FAMIGLIA
SAN GIUSEPPE ONLUS
VIMERCATE

SCHEDA SANITARIA

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Cognome e Nome:

Nato a:

il:

CIRS – Cumulative Illness Rating Scale

	1	2	3	4	5
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto grave
Patologie cardiache					
Iperensione arteriosa					
Patologie vascolari/ematologiche					
Patologie respiratorie					
Vista, udito, naso, gola, laringe					
Apparato gastroenterico superiore					
Apparato gastroenterico inferiore					
Patologie epatiche					
Patologie renali					
Altre patologie genito-urinarie					
Sistema muscolo-scheletrico e cute					
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze)					
Patologie endocrino-metaboliche (escluso infezioni, sepsi e stato tossici)					
Patologie psichiatrico-comportamentali (include le demenze)					

Problemi prevalenti:

Terapia in corso:

Allergie:

Anomalie del comportamento	SI	NO
Ansia		
Depressione		
Deliri o allucinazioni		
Agitazione psico-motoria diurna		
Agitazione psico-motoria notturna		
Deambulazione incessante		
Affaccendamento		
Inversione ritmo sonno-veglia		
Aggressività		
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive		

Il MMG si impegna a mantenere l'assistito nei propri elenchi e a continuare a prescrivere esami e farmaci secondo necessità
Il MMG garantisce la disponibilità a collaborare con il M.R.CDI secondo necessità, con colloqui, consulti, ecc.

Recapiti del medico curante	
Cognome e Nome:	
Indirizzo:	
Tel.	Fax
e-mail:	
Timbro e Firma	
Data compilazione	