

**AMBITO
TERRITORIALE
VAL SERIANA**

CENTRI DIURNI
INTEGRATI



DOMANDA DI FREQUENZA

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ Prov. _____ stato civile _____

Via/Piazza _____ n. _____ Comune di _____ CAP _____

Codice fiscale _____ Recapiti telefonici _____

PER

Il signor _____ nato il _____

a _____ Prov. _____ stato civile _____

Via/Piazza _____ n. _____ Comune di _____ CAP _____

Codice fiscale _____ Recapiti telefonici _____

Chiede

Di poter frequentare il CENTRO DIURNO INTEGRATO di

**ALBINO
SERIO**

RANICA

VERTOVA

VILLA DI

Dichiara inoltre che :

- La retta verrà corrisposta dal signor _____ nato a _____ il _____
Residente in _____ Cap _____ Via _____ n. _____
recapiti telefonici _____ grado di parentela _____
dati documento di riconoscimento _____
che sottoscrive la presente domanda.
- La persona di riferimento a cui indirizzare comunicazioni ed informazioni socio-sanitarie è il
Signor _____, Via _____
Comune _____ CAP _____ Recapiti: tel. _____
e-mail _____, fax _____

Allega alla domanda:

- Certificato di residenza e stato famiglia (autocertificazione)
- Fotocopia carta d'identità, codice fiscale, tessera sanitaria ed esenzioni ticket
- Relazione sociale redatta dall'Assistente Sociale di riferimento, contenente la proposta articolata
- Scheda sanitaria a cura del medico curante, compilata su apposito modulo.

All'atto della visita di valutazione presso il CDI, si prega di consegnare:

- Eventuale altra documentazione sanitaria importante
- Fotocopia del verbale di riconoscimento dell'invalidità e della L. 104/92
- N. 1 foto tessera

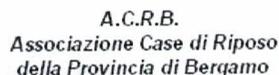
Si autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi e per gli effetti del Dlgs. 196/03 e l'informativa al comune di residenza ai sensi dell'art. 8 comma 3 della L.R. n.3/2008.

Data

IN FEDE

(FIRMA DELL'INTERESSATO)

(FIRMA DEL RICHIEDENTE)



SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE
(allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)

COGNOME..... **NOME**

Scheda compilata da:

sig./rain qualità di (*rapporto Familiare o Giuridico*)

Ass.te Sociale (Cognome e nome) del territorio di

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- ADI RSA Aperta
- SAD CDI
- Assistente Familiare
- Altro (*specificare*)

INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

attualmente la persona vive:

- solo
- in altra struttura
- Altro (*specificare*)

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di Sostegno
- Ha in corso la pratica per la nomina di (*specificare*)

PARENTI REFERENTI PER EVENTUALI CONTATTI

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.	RECAPITO E-MAIL

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No

Se NO, perché

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì No

Se SI, indicare dove e il periodo

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA

Indicare Cognome, Nome e recapito telefonico del **Medico di Medicina Generale**

PROTESI E AUSILI IN USO

- deambulatore
 - materassino e cuscino antidecubito
 - letto ortopedico
 - presidio per incontinenza
 - altro (*specificare*)
- personale
 - personale
 - personale
 - personale
- ASST
 - ASST
 - ASST
 - ASST

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- zona isolata (abitazione in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi,etc...)
- zona decentrata (abitazione in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE

BARRIERE ARCHITETTONICHE

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

BAGNO

- interno
 - esterno
- supporti antiscivolo:
Sì No

RISCALDAMENTO

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

MOTIVO DEL RICOVERO

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri? (es: fine settimana)

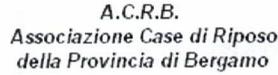
- Sì
- No

AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO ORIGINARIO

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA ATTUALE	RECAPITO TELEFONICO

Il sottoscritto..... in qualità di..... dichiara che il/la sig.r/ra non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Data, *FIRMA*



SCHEMA SANITARIA (compilazione a cura del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO _____

Patologie attive

Anamnesi patologica remota

Terapia – principio attivo

Posologia

Durata

Allergie / intolleranze _____

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità? : NO SI

Indicare le fragilità, criticità, motivazioni cliniche che rendono necessario l'ingresso in R.S.A.

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave
Patologia cardiaca (solo cuore)					
Iperensione arteriosa (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)					
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)					
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)					
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)					
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)					
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino. ernie)					
Patologie epatiche (solo fegato)					
Patologie renali (solo rene)					
Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)					
Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)					
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)					
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)					
Patologie psichiatrico-comportamentali demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi					

MOBILITÀ, IGIENE, ALIMENTAZIONE (barrare tutte le voci di interesse)

Trasferimento letto sedia

- | | |
|--|---|
| <p>1 Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico</p> <p>2 Il paziente collabora, ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona</p> | <p>3 Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona</p> <p>4 Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia</p> <p>5 Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento</p> |
|--|---|

Deambulazione

- 1 Dipendenza rispetto alla locomozione
- 2 Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- 3 Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- 4 Paziente autonomo nella deambulazione, ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 mt. senza bisogno di aiuto
- 5 Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorrere 50 mt. senza aiuto o supervisione.

Locomozione su sedia a rotelle

- 1 Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- 2 Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- 3 Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- 4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
- 5 Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

Igiene personale

- 1 Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
- 2 E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
- 3 E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
- 4 E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
- 5 Totale indipendenza

Alimentazione

- 1 Paziente totalmente dipendente, va imboccato
- 2 Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva
- 3 Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- 4 Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni,... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
- 5 Totale indipendenza nel mangiare.

COGNITIVITÀ (*barrare tutte le voci di interesse*)

Confusione (stato mentale)

- 1 Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
- 2 E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- 3 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- 4 E' perfettamente lucido

Irritabilità

- 1 Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- 2 Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- 3 Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- 4 Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

Irrequietezza (stato comportamentale)

- 1 Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
- 2 Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
- 3 Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
- 4 Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

Ricoveri ospedalieri recenti: NO SI _____

Se seguito dal Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD (ex U.V.A.) indicare in quale ambulatorio e medico di riferimento

Lesioni da decubito

assenti iniziali gravi multiple
Sede (specificare _____)

Disturbi del comportamento in fase attiva

- Deliri
- Aggressività
- Allucinazioni
- Tentativi di fuga
- Irrequietezza motoria (*wandering, affaccendamento,...*)
- Depressione
- Disinibizione

Reattività emotiva

- Collaborante
- E' estraniato dal mondo circostante
- Depressione
- Stato ansioso
- Agitazione con spunti aggressivi

Incontinenza

Urinaria	Fecale
<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> assente
<input type="checkbox"/> occasionale	<input type="checkbox"/> occasionale
<input type="checkbox"/> abituale	<input type="checkbox"/> abituale
<input type="checkbox"/> catetere a permanenza	

- Peso kg: _____ Altezza cm _____
- Disfagia: NO SI
 - Nutrizione artificiale: PEG SNG NPT
 - Respirazione: normale ossigeno (n° _____ h/die)
 - Tracheostomia Ventilazione artificiale
 - Dialisi: NO SI
 - Abusa di sostanze alcoliche? NO SI In passato
 - Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici? NO SI
 - Richiede trattamento riabilitativo? NO SI
- specificare: _____
- _____
- _____

Data,

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa
