



**DOMANDA UNICA PER L'INSERIMENTO PRESSO I CENTRI DIURNI
INTEGRATI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Generalità della persona che richiede di essere accolta in C.D.I.

Cognome e nome _____ M F
Nato a _____ Prov. _____ il _____ Cittadinanza _____
Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
Via/Piazza _____ telefono _____
Codice Fiscale _____ Codice assistito _____
Tessera esenzione ticket _____ Medico curante dott. _____

⇒ stato civile

Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

⇒ usufruisce attualmente di:

Pensione NO SI se si, tipo di pensione _____

Invalità civile NO SI _____% In attesa

Assegno di accompagnamento NO SI In attesa

Generalità della persona che presenta la domanda (se diversa)

Cognome e nome _____ Residente a _____
CAP _____ Via/Piazza _____
telefono 1 _____ telefono 2 _____ e mail _____

> Grado di parentela [eventuale] _____

> Titolo di rappresentanza legale

[nel caso di persone già dichiarate incapaci o con deficit delle funzioni mentali superiori]:

Amministratore di sostegno

Tutore

Curatore

> Altra persona di riferimento in caso di necessità _____
telefono _____

> Servizio Sociale di riferimento _____
telefono _____

SCHEDA CONOSCITIVA da compilare a cura di chi presenta la domanda

Iniziativa della domanda:

dell'interessato familiare amministratore servizi sociali

Motivo della domanda

persona non autonoma difficoltà della gestione familiare solitudine

alloggio non idoneo stabilizzazione post ricovero

altro motivo sociale (specificare) _____

Tipologia di frequenza richiesta:

5 gg./settimana solo mattino/pomeriggio alcuni giorni/settimana

L'anziano attualmente si trova:

ospedale/riabilitazione (specificare) _____

altra struttura (specificare) _____

in casa propria con aiuto di (specificare) _____

di altri (specificare) _____

L'anziano usufruisce attualmente di:

Assistenza domiciliare del Comune SI NO

Assistenza domiciliare sanitaria (voucher) SI NO

Ausili in uso:

bastone/tripode deambulatore deambulatore ascellare carrozzina

catetere pannolone protesi acustica dentiera

altro (specificare) _____

Problemi respiratori:

NO SI (specificare) ossigeno terapia tracheostomia

Medicazioni in atto:

NO SI sede sacrali
 arti (gambe/braccia)
 altre sedi _____

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione che potrà essere necessaria.

data _____

Firma della persona

Firma del richiedente

Il sottoscritto _____, ai sensi del decreto legislativo 196/2003, acconsente al trattamento dei dati personali sopra indicati al solo scopo dell'inserimento nella lista d'attesa presso il C.D.I.

data _____

firma _____

INFORMAZIONI sulle AUTONOMIE PERSONALI e le PROBLEMATICHE SANITARIE
da compilare a cura di chi presenta la domanda

AUTONOMIE MOTORIE:

<i>E' capace di camminare da solo?</i> <input type="checkbox"/> No, non è in grado <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> E' completamente autonomo	<i>Se non cammina, è in grado di manovrare la sedia a rotelle?</i> <input type="checkbox"/> No, non è in grado <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> E' completamente autonomo
--	--

ABITUDINI RELATIVE ALL'IGIENE E CURA DI SE:

<i>E' in grado di lavarsi e pettinarsi?</i> <input type="checkbox"/> No, non è in grado <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> E' completamente autonomo	
---	--

ABITUDINI RELATIVE ALL'ALIMENTAZIONE:

<i>E' in grado di mangiare da sola?</i> <input type="checkbox"/> No, deve essere imboccato <input type="checkbox"/> Collabora ma necessita di aiuto <input type="checkbox"/> E' completamente autonomo	<i>Sono presenti disturbi della deglutizione?</i> <input type="checkbox"/> SI (disfagia) <input type="checkbox"/> NO <i>E'in nutrizione artificiale?</i> <input type="checkbox"/> SI (PEG, sondino) <input type="checkbox"/> NO
---	--

ABITUDINI RELATIVE ALLA DIURESIS E ALL'ALVO:

<i>E' presente incontinenza urinaria?</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (pannolone)	<i>E' presente incontinenza fecale?</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
---	---

CONDIZIONI PSICHICHE E COMPORTAMENTALI:

<input type="checkbox"/> lucido <input type="checkbox"/> ansia <input type="checkbox"/> depressione <input type="checkbox"/> confuso / disorientato <input type="checkbox"/> incapacità a stare fermo	<input type="checkbox"/> inversione ritmo sonno-veglia <input type="checkbox"/> aggressività <input type="checkbox"/> deliri, allucinazioni <input type="checkbox"/> urla, vocalizzazioni ripetitive <input type="checkbox"/> comportamenti autolesivi
---	--

Altre notizie che si ritengono utili per l'assistenza

Si informa il richiedente che i dati personali richiesti saranno utilizzati al solo scopo di inserire il nominativo dell'interessato nella lista d'attesa presso il C.D.I.

INFORMAZIONI SANITARIE[compilazione riservata al medico curante]

Cognome e nome

data di nascita

Patologie presenti

	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Diagnosi</i>
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 (incluso infezioni, sepsi e stati tossici)			
Patologie psichiatrico-comportamentali (include le demenze)			


Patologie infettive/contagiose presenti

Terapia farmacologica in corso (indicare farmaco e posologia)

Allergie a:

*timbro e firma del medico**data di compilazione*

Inserire cortesemente un recapito telefonico, per contatti in caso di necessità _____

 C.R.M. Coop. Sociale O.N.L.U.S.	C. D. I. "San Martino" - Trezzo sull'Adda FOGLIO SCHEMA TERAPIA	ModCDI0453 - REV05
		Data: 01/10/2022

Trezzo, li ____ / ____ / _____

Egr. Collega,

sono a chiederti la compilazione dello schema sottostante per conoscere la attuale corretta terapia farmacologica in corso del tuo paziente, il/la Sig./ra _____, seguito dalle ore _____ alle ore _____ nei giorni _____ presso il nostro Centro Diurno Integrato "San Martino".

Ora	Nome Farmaco	Posologia	Presso CDI	Presso Domicilio
08.00				
12.00				
16.00				
20.00				

Per eventuali variazioni terapeutiche, avvenute anche di conseguenza ad una visita specialistica o ad un periodo di degenza in una struttura ospedaliera, ti prego di compilarci un nuovo foglio aggiornato.

FIRMA E TIMBRO MEDICO DI BASE