

**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

RANICA

VERTOVA

VILLA DI SERIO

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)

C.D.I. DI _____

NOME E COGNOME RICHIEDENTE:

SCHEDA SANITARIA
(da compilare da parte del medico di famiglia o di reparto ospedaliero)

ANAMNESI:

Trasferimento letto sedia

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

Deambulazione

Codice	Significato
<input type="checkbox"/>	1 Dipendenza rispetto alla locomozione
<input type="checkbox"/>	2 Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
<input type="checkbox"/>	3 Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
<input type="checkbox"/>	4 Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
<input type="checkbox"/>	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 percorre 50 metri senza aiuto o supervisione.

Locomozione su sedia a rotelle

Codice	Significato
<input type="checkbox"/>	1 Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
<input type="checkbox"/>	2 Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
<input type="checkbox"/>	3 Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
<input type="checkbox"/>	4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
<input type="checkbox"/>	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

Codice	Significato
<input type="checkbox"/>	1 Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
<input type="checkbox"/>	2 E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
<input type="checkbox"/>	3 E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	5 Totale indipendenza

Alimentazione

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

Confusione-(stato mentale)

Codice	Significato
<input type="checkbox"/>	1 Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
<input type="checkbox"/>	2 E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
<input type="checkbox"/>	3 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
<input type="checkbox"/>	4 E' perfettamente lucido

Irritabilità

Codice	Significato
<input type="checkbox"/>	1 Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
<input type="checkbox"/>	2 Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
<input type="checkbox"/>	3 Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
<input type="checkbox"/>	4 Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

Irrequietezza (stato Comportamentale)

Codice	Significato
<input type="checkbox"/>	1 Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
<input type="checkbox"/>	2 Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	4 Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE ED ESAME OBIETTIVO

Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto g.	DIAGNOSI
---------	-------	----------	-------	----------	----------

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

Ricoveri ospedalieri recenti

SI

NO

Terapia in atto:

Reattività emotiva:

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

Incontinenza

URINARIA

- a) *assente*
- b) *occasionale*
- c) *abituale*
- d) *catetere a permanenza*

FECALE

- a) *assente*
- b) *occasionale*
- c) *abituale*

Lesioni da decubito:

- assenti*
- iniziali*
- gravi*
- multiple*

(specificare la sede)

Peso kg:

Nutrizione artificiale:

- PEG
- SNG
- NPT

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità?

- SI*
- NO*

Abusa di sostanze alcoliche?

- NO,MAI*
- SI,IN PASSATO*
- SI, ATTUALMENTE*

Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?

- SI*
- NO*

Richiede trattamento riabilitativo?

- SI*
- NO*

specificare:

timbro e firma del Medico di famiglia o di reparto

data _____
