

Spazio riservato alla struttura

Attestazione ricevimento
(data di ricevuta della richiesta)

DOMANDA DI INSERIMENTO IN CDI

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Et  _____ Genere: ☐ M ☐ F

Numero documento di identit  _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Esenzione _____

ATS di appartenenza _____ Tessera sanitaria _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Recapito Telefonico _____

Cittadinanza _____

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO IL CDI)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____ @ _____ . _____

In qualit  di: o Familiare _____ o Amministratore di sostegno _____ o Tutore
o Funzionario del Comune di _____

FREQUENZA SETTIMANALE RICHIESTA

- ☐ Due giorni
☐ Tre giorni
☐ Quattro giorni
☐ Cinque giorni

SERVIZIO DI TRASPORTO

☐ andata ☐ ritorno ☐ non richiesto

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

Firma della persona o del richiedente _____ data _____

Cognome e Nome Ospite _____

SITUAZIONE FAMILIARE

- ☐ Coniugato/a
☐ Divorziato/a
☐ Celibe/nubile
☐ Separato/a
☐ Vedovo/a
☐ Non dichiarato
☐ Altro: _____

- ☐ Fratelli (N:)
☐ Sorelle (N:)

- ☐ Figli (N:)
☐ Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- ☐ Nessuna pensione
☐ Anzianità/vecchiaia
☐ Minima/sociale
☐ Guerra/infortunio sul lavoro, etc.
☐ Reversibilità

- ☐ In attesa di invalidità
☐ Invalidità

↳ Codice: _____

↳ Percentuale: _____ %

↳ Indennità accompagnamento

☐ SI ☐ NO

☐ in attesa di accompagnamento

LIVELLO DI ISTRUZIONE

- ☐ Nessuno
☐ Licenza elementare
☐ Diploma medie inferiori
☐ Diploma medie superiori in _____

☐ Laurea in: _____

☐ Altro: _____

PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO

- ☐ Casalinga
☐ Agricoltore
☐ Operaio, ambito _____
☐ Impiegato, ruolo _____
☐ Artigiano, ambito _____
☐ Insegnante, in _____
☐ Imprenditore, ambito _____
☐ Libero Professionista, _____
☐ Altro _____

RICHIESTA DI INSERIMENTO

- ☐ Assistente sociale
☐ Familiare/affine
☐ MMG
☐ Medico ospedaliero/specialista
☐ Propria
☐ Soggetto civilmente obbligato

MOTIVAZIONE INSERIMENTO

- ☐ Alloggio non idoneo
☐ Altra motivazione sociale
☐ Insufficiente supporto familiare
☐ Perdita autonomia (decorso degenerativo)
☐ Solitudine
☐ Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)

PROVENIENZA |

- ☐ Dal domicilio
☐ Da istituto di ricovero per acuti
☐ Da struttura sociale
☐ Da istituto di riabilitazione
☐ (compresi ex drg 5000/2007)
☐ Da CSS
☐ Da RSA
☐ Da RSD
☐ Altro: _____

CON CHI VIVE

- ☐ Solo
☐ Coniuge
☐ Figli
☐ Altri parenti: _____
☐ Badanti
 Presenza: _____
☐ Altro: _____

SERVIZI SOCIO SANITARI

Servizi Socio Sanitari attivi: ☐ NO ☐ SI (specificare):

☐ Servizi sociali territoriali _____

Assistente sociale: _____

Recapiti: _____

Tipo di servizi usufruiti: _____

☐ Custode sociale – Portierato Sociale _____

☐ ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____

☐ RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) _____

☐ RSA Aperta _____

☐ CPS (Centro Psico Sociale) _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI

- ☐ Direttamente
- ☐ Assistente Sociale
- ☐ Medico di Medicina Generale (medico curante)
- ☐ Medico specialista _____
- ☐ Passaparola
- ☐ Pubblicità
- ☐ Eventi/manifestazioni
- ☐ Internet
- ☐ Associazioni / Altro _____

ALTRE INFORMAZIONI

Autonomia nelle attività strumentali	Autonomo	Riceve aiuto	Non in grado
Uso del telefono	☐	☐	☐
Fare acquisti	☐	☐	☐
Cucinare	☐	☐	☐
Pulizia della casa	☐	☐	☐
Fare il bucato	☐	☐	☐
Spostarsi con i mezzi	☐	☐	☐
Assumere farmaci	☐	☐	☐
Maneggiare denaro	☐	☐	☐

Il sottoscritto dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato/a e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta.

Si impegna inoltre a comunicare alla Struttura l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).

Dichiara di assumersi ogni responsabilità in merito alla compilazione della presente ed alla veridicità dei dati in essa contenuti ed autorizza la raccolta, la trasmissione e l'archiviazione dei dati personali all'interno della rete dei servizi socio-assistenziali/sanitari (Regione, ATS, Comune, RSA/CDI) nel rispetto del diritto alla riservatezza, in conformità a quanto previsto dall'art. 13 Reg.UE 679/2016.

Firma della persona o del richiedente _____ **data** _____

In caso di necessità o come referente è inoltre possibile contattare

il/la sig./ra _____

in qualità di _____

residente a _____ Prov. _____

in via _____ Telefono _____

Email _____

Elenco dei documenti da produrre in copia al momento della presentazione della domanda:

1. documento di identità in corso di validità
2. tessera sanitaria in corso di validità
3. certificato esenzione ticket
4. verbale di accertamento di invalidità o istanza di presentazione della domanda di invalidità
5. certificato di residenza o autocertificazione con Atto sostitutivo di notorietà
6. scheda informazioni sanitarie
7. nomina amministratore di sostegno o tutore (*se del caso*)

**Al momento dell'ingresso l'Ente Gestore potrà richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria*

DOMANDA DI INSERIMENTO IN CDI

Sez. INFORMAZIONI SANITARIE

Compilazione a cura del Medico curante

La presente è valida per l'inserimento nel Centro Diurno integrato. Il suo obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso il CDI.

La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

Cognome e Nome

Data di nascita/...../..... luogo di nascita

QUADRO CLINICO

PATOLOGIE PRINCIPALI

.....

.....

.....

.....

.....

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE (IN ATTO)

.....

.....

INTERVENTI CHIRURGICI PREGRESSI

.....

.....

RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

.....

.....

ASPETTI CLINICO – FUNZIONALI (* È possibile barrare più caselle)

Autonomia nel movimento*	☐ senza aiuto/sorveglianza ☐ utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento ☐ necessita di aiuto costante per la deambulazione ☐ necessita di aiuto per la mobilizzazione in carrozzina/poltrona ☐ necessita dell'uso del sollevatore
Utilizzo ausili per la deambulazione*	☐ bastone ☐ deambulatore / girello ☐ carrozzina ☐ altro.....
Incontinenza urinaria	☐ NO ☐ SI
Catetere vescicale	☐ NO ☐ SI

Incontinenza fecale	☐ NO ☐ SI ☐ Stomia, sede:
Ossigenoterapia	☐ NO ☐ SI: ☐ continua ☐ discontinua
Tracheostomia	☐ NO ☐ SI
Lesioni da pressione	☐ NO ☐ SI Sede: Stadio: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV Sede: Stadio: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
Altre lesioni cutanee (includere ferite chirurgiche)	☐ NO ☐ SI, sede:

Cadute ricorrenti	☐ NO ☐ SI Specificare:
-------------------	--

DEFICIT SENSORIALI

Ipovisione/cecità	☐ NO ☐ SI Specificare:
Ipoacusia	☐ NO ☐ SI ☐ Corretta con protesi

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Deficit di memoria	☐ NO ☐ SI	Disorientamento ☐ NO ☐ temporale ☐ spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	☐ NO ☐ SI, di che tipo:	
Crisi d'ansia / attacchi di panico	☐ NO ☐ SI	Deflessione del tono dell'umore ☐ NO ☐ SI
Deliri	☐ NO ☐ SI	Allucinazioni ☐ NO ☐ SI
Aggressività	☐ NO ☐ SI: ☐ fisica ☐ verbale	
Disturbi del sonno	☐ NO ☐ SI ☐ Inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	☐ NO ☐ SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole /tentativo di fuga ☐ NO ☐ SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	☐ NO ☐ SI, di che tipo:	
Etilismo/potus	☐ NO ☐ SI: ☐ attuale ☐ pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	☐ NO ☐ SI: ☐ attuale ☐ pregresso Di che tipo:	
Tentato suicidio	☐ NO ☐ SI: indicare la data: / /	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	☐ NO ☐ SI:	
Eventuali note e osservazioni:		

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	☐ senza aiuto/sorveglianza ☐ necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) ☐ necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento	
Edentulia	☐ NO ☐ SI: Protesi: ☐ Inferiore ☐ Superiore Scheletrato: ☐ Inferiore ☐ Superiore	
Rifiuto del cibo	☐ NO ☐ SI	
Disfagia	☐ NO ☐ SI	Cibi frullati o omogeneizzati ☐ NO ☐ SI
Dieta specifica	☐ NO ☐ SI, di che tipo:	
Peso corporeo: kg	Altezza: cm	
Eventuali note e osservazioni:		

Allergie	☐ non note ☐ NO ☐ SI, di che tipo:
----------	---

TERAPIA

- ☐ Non assume terapia farmacologica
☐ Terapia in atto ed orari di somministrazione:

NOME FARMACO	DOSAGGIO	QUANTITÀ	TIPO	ORARIO DI ASSUNZIONE



EVENTUALI TERAPIE OCCASIONALI/AL BISOGNO (SPECIFICARE L'INDICAZIONE)

ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI E/O EVENTUALI APPROFONDIMENTI:

Nome e Cognome medico curante: Recapito tel. diretto..... fax e-mail diretta: @.....	Timbro e firma del medico curante
---	--

Data di compilazione:/ / 20.....