



CENTRO DIURNO INTEGRATO “CDInsieme Trenzano”

Nominativo:

Data di presentazione:.....

Data di ricevimento:.....

(da compilarsi a cura dell'amministrazione del Centro)

*Centro Diurno Integrato
CDInsieme Trenzano
Sede Operativa In Piazza del Volontario 1-25030 Trenzano (Bs)
Tel/fax 030/9708803*

*Sede Legale via Biline, 74/76 - 25050 Rodengo Saiano – Brescia
Tel 030/6810926 fax 030/6812401
mail: info@coopgenesi.it*

DOMANDA DI AMMISSIONE CENTRO DIURNO INTEGRATO

Importante che la domanda venga compilata in tutte le sue parti
al fine di renderla accettabile

Domanda compilata da:

Cognome Nome
in qualità di (grado di parentela) per conto di:

Cognome **Nome**

nato/a a il sesso M ☐ F ☐

Codice fiscale

Residente a () CAP

In via N. Telefono

Numero tessera sanitaria

Stato civile ☐ CELIBE/NUBILE

☐ VEDOVO/A di

☐ CONIUGATO/A con

☐ SEPARATO/A

☐ DIVORZIATO/A

Familiari conviventi

N. e Nome figli (in vita)

.....

E' seguito dal servizio sociale? SI ☐ NO ☐ comune o circoscrizione

Se SI specificare da chi è seguito

E' presente un Amministratore di Sostegno? SI ☐ NO ☐

Se SI specificare il nominativo

E' presente un tutore? SI ☐ NO ☐

Se SI specificare il nominativo

E' in corso il ricorso per la nomina? SI ☐ NO ☐

Proveniente da:

☐ Domicilio

☐ Altra struttura Quale

- Desidero frequentare
- ☐ LUNEDI dalle ore.....alle ore.....
- ☐ MARTEDI dalle ore.....alle ore.....
- ☐ MERCOLEDI dalle ore..... alle ore.....
- ☐ GIOVEDI dalle ore.....alle ore.....
- ☐ VENERDI dalle ore.....alle ore.....
- ☐ TUTTI I GIORNI FULL TIME

- Desidero consumare
- ☐ COLAZIONE
- ☐ PRANZO
- ☐ TUTTE LE SOLUZIONI

**PARENTI E PERSONE DI RIFERIMENTO
DA CHIAMARE IN CASO DI NECESSITA'**
(devono essere indicati tutti i figli viventi)

Grado di parentela	Cognome Nome	Indirizzo	Comune di Residenza	Telefono

CONDIZIONI DI DISAGIO PRE RICOVERO

- ☐ Solitudine/ senza famiglia
- ☐ Rapporti famigliari difficili
- ☐ Alloggio non idoneo
- ☐ Difficoltà nelle attività quotidiane
- ☐ Situazione clinica difficile/precaria
- ☐ Aggravamento condizioni cliniche

Professione precedente _____

Tipologia di lavoro svolto

Abitudini quotidiane

Preferenze alimentari

Interessi particolari

Capacità di rapportarsi con l'altro

Data

Firma di chi presenta la domanda

.....

Egregio collega,
al presente certificato è allegata una scala di valutazione degli eventuali disturbi comportamentali, La
prego, cortesemente di volerla compilare nella sua interezza, in quanto molto importante per
l'inserimento del Suo paziente nella nostra struttura.
Porgo distinti saluti,

Il Responsabile Sanitario
(Dott.ssa Agnese Guerrini Rocco)

CERTIFICATO MEDICO

Cognome Nome

Condizioni generali attuali

BUONE

☐

MEDIE

☐

GRAVI

☐

Nome e Cognome del medico curante

Recapito telefonico

Riassunto anamnesi patologica remota

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Diagnosi attuale

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Terapia in corso (nome del farmaco, posologia, orario somministrazione)

1.....	6.....	11.....
2.....	7.....	12.....
3.....	8.....	13.....
4.....	9.....	14.....
5.....	10.....	15.....

Attualmente attivo il piano terapeutico? SI ☐ NO ☐

Se no, indicare il motivo e per quali farmaci

.....

Il paziente è in grado di assumere autonomamente la terapia: SI ☐ NO ☐

Necessita si assistenza infermieristica temporanea: SI ☒ NO ☐

Se si indicare la motivazione

.....

E' seguito da un centro/specialista per la demenza? SI ☒ NO ☐

Se si indicare da quanto tempo e data dell'ultimo controllo

.....

E' attualmente ricoverato presso una struttura ospedaliera? SI ☐ NO ☐

Se si indicare quale e il reparto in cui è ricoverato

.....

E' attualmente ricoverato presso una struttura riabilitativa? SI ☐ NO ☐

Se si indicare quale

.....

E' attualmente ricoverato presso altra struttura? SI ☐ NO ☐

Se si indicare quale

.....

Indicazioni dietetiche

- ☐ Dieta varia e libera
- ☐ Dieta per diabetici
- ☐ Dieta per nefrotici
- ☐ Dieta per gastrectomizzati
- ☐ altro

Assume cibi frullati? SI ☐ NO ☐
Assume liquidi con addensante? SI ☐ NO ☐

Paziente disfagico? SI ☐ NO ☐
Se sì indicare:

- ☐ ai soli liquidi
- ☐ ai soli solidi
- ☐ sia solidi che liquidi (mista)

Allergie (farmaci/ alimenti/allergeni vari)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Malattie infettive (indicare se portatore di epatite o altre malattie trasmissibili)

.....
.....

- Allegare Indice di Barthel e scala IADL
- Allegare batteria di EE comprensivi di MARKERS EPATITE B/C

Utilizzo di presidi

☐ Pannolone - Indicare la tipologia

Per : ☐ Incontinenza urinaria ☐ Incontinenza fecale ☐ Incontinenza mista

☐ Incontinenza occasionale ☐ altro

☐ Reattivi/ siringhe per diabetici

☐ Nutrizione enterale

☐ Pompa infusiva

☐ Altro (specificare)

Si prega di indicare con una crocetta sul SI o sul NO la presenza o l'assenza delle situazioni indicate

DISTURBI DELLA SFERA COGNITIVA:

SI

☐

NO

☐

DESCRIZIONE	SI	NO
Il paziente è orientato nel tempo/spazio		
Presenta adeguata memoria a breve termine		
Presenta adeguata memoria a lungo termine		
Riconosce i parenti		
Esprime i bisogni elementari		
Presenta disturbi del linguaggio		
È in grado di condurre una conversazione		
È in grado di operare delle scelte		

FUNZIONI SENSORIALI

DESCRIZIONE	SI	NO
Ipoacusia		
Cecità		
Ipoacusia		
Sordità		
Mutismo		
Disturbi del linguaggio		

DECUBITI

assenti ☐

iniziali ☐

gravi ☐

Sono in corso medicazioni di lesioni da decubito tramite servizio ADI / SAD? ☐ si ☐ no

Se si specificare le modalità:
.....

E' in corso erogazione di prestazioni FKT tramite voucher? Si ☐ no ☐

Se si specificare :
.....

Si certifica che il/la Signor/ra

Non è affetto da etilismo cronico o malattie professionali si ☐ no ☐

Se si specificare quali:
.....

Di seguito sono riportate un elenco di patologie (da pag. 7 a pag. 9) Le chiediamo di indicare con una crocetta sul SI o sul NO la presenza del sintomo, se la risposta è un SI, nello spazio indicato da FREQUENZA e la GRAVITA' segnare, per ogni domanda, il numero corrispondente alla legenda sottostante valida per ogni sintomatologia.

LEGENDA

FREQUENZA:

RARAMENTE:	meno di una volta alla settimana	1
TALVOLTA:	circa una volta alla settimana	2
FREQUENTEMENTE:	diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni	3
MOLTO FREQUENTEMENTE:	una o più volte al giorno	4

GRAVITA':

LIEVE:	produce poco disturbo al paziente	1
MODERATA:	è disturbante e dirompente	2
MARCATA:	è molto distruttiva e rappresenta una delle cause principali dei disturbi comportamentali	3

STRESS PSICOLOGICO O EMOTIVO DI CHI ASSISTE IL PAZIENTE

NESSUNO	
MINIMO	1
LIEVE	2
MODERATO	3
SEVERO	4
GRAVE	5

DISTURBO DEL COMPORTAMENTO:

SI ☐

NO ☐

NESSUNO	
SPORADICO	1
FREQUENTE	2
SEMPRE	3
SOLO DI NOTTE	4
SOLO DI GIORNO	5

ELENCO DEI DISTURBI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AGITAZIONE/AGGRESSIVITA':SI ☐NO ☐

Nello spazio indicato da frequenza e gravità segnare, per ogni domanda, il numero corrispondente alla legenda in basso.

DESCRIZIONE	Frequenza	Gravità
Il paziente si irrita con chi lo assiste		
Il paziente è ostinato volendo le cose fatte a modo suo		
Il paziente non collabora, resiste, se aiutato da altre persone (non le solite)		
Il paziente grida o bestemmia in modo arrabbiato		
Il paziente sbatte le porte, dà calci ai mobili, lancia oggetti		
Il paziente tenta di colpire e fare male agli altri		
Il paziente è altamente aggressivo o presenta altre forme di agitazione		
Il paziente si oppone ad attività come bagno e cambio abiti		

ANSIA:SI ☐NO ☐

DESCRIZIONE	Frequenza	Gravità
Il paziente dice di sentire allarmato per le cose che succederanno		
Il paziente ha dei momenti in cui si sente teso, incapace di rilassarsi		
Il paziente evita situazioni particolari che lo rendono nervoso (viaggiare in automobile, incontrare amici, stare tra la folla)		
Il paziente diventa nervoso e disturbato se separato da chi lo accudisce		
Il paziente manifesta altri segni di ansia		
Il paziente manifesta apatia/crisi di pianto		

ESALTAZIONE/EUFORIA:SI ☐NO ☐

DESCRIZIONE	Frequenza	Gravità
Il paziente sembra sentirsi eccessivamente bene o essere troppo felice in modo insolito		
Il paziente ha un senso dell'umorismo infantile tende a ridere quando non è il caso		
Il paziente fa scherzi o compie osservazioni poco spiritose ma per lui divertenti		
Il paziente si vanta o dice di essere molto più bravo o più ricco di quanto è veramente		
Il paziente mostra altri segni di euforia		

DISINIBIZIONE:SI ☐NO ☐

DESCRIZIONE	Frequenza	Gravità
Il paziente agisce impulsivamente senza considerare le conseguenze		
Il paziente parla di estranei come se li conoscesse		
Il paziente dice delle cose offensive ed irrispettose		
Il paziente parla apertamente di cose private che di solito taceva in pubblico		
Il paziente si prende delle libertà o tocca o abbraccia altre persone in modo inconsueto		
Il paziente mostra altri segni di disinibizione		

IRRITABILITA'/LABILITA':SI ☐NO ☐

DESCRIZIONE	Frequenza	Gravità
Il paziente ha un brutto carattere, perde le staffe per piccole cose		
Il paziente presenta rapidi cambiamenti di umore, dalla serenità alla rabbia		
Il paziente presenta improvvisi momenti di rabbia		
Il paziente è irritabile e nervoso		
Il paziente borbotta frequentemente e risulta difficile sopportarlo		
Il paziente presenta altri segni di irritabilità		

COMPORTAMENTO MOTORIO ABERRANTE:SI ☐NO ☐

DESCRIZIONE	Frequenza	Gravità
Il paziente cammina senza un preciso scopo		
Il paziente si aggira aprendo e rovistando cassetti ed armadi		
Il paziente continua a mettersi e togliersi i vestiti		
Il paziente tende a ripetere continuamente determinati gesti (abbottonarsi ecc.)		
Il paziente si agita eccessivamente, sembra incapace di stare seduto, fa saltellare in modo eccessivo i piedi e le dita		
Il paziente vuole uscire di casa e lo farebbe se non gli fosse impedito, scappa		

DISTURBO DEL SONNO:SI ☐NO ☐

DESCRIZIONE	Frequenza	Gravità
Il paziente presenta difficoltà ad addormentarsi		
Il paziente si alza molte volte durante la notte (non per andare in bagno)		
Il paziente vaga per la casa e svolge attività inopportune durante la notte		
Il paziente disturba i familiari e li tiene svegli durante la notte		
Il paziente presenta altri disturbi notturni che provocano disturbo a chi assiste		
Sonno regolare		
Sonno leggermente disturbato (saltuario controllo)		
Necessita di compagnia		
È agitato e disturba (chiama in continuazione, urla ecc.)		
Necessita di controllo continuo (una persona deve sorvegliare)		
Vocalizza durante il sonno		
E' affaccendato (si muove di continuo) mentre si trova a letto		
Tenta di scavalcare le spondine		

Vanno segnate con una crocetta tutte le risposte, indicando con il SI la presenza della situazione descritta e con il NO l'assenza della situazione descritta, nella persona in oggetto.

MOVIMENTO

DESCRIZIONE	SI	NO
Non vi è alcuna limitazione nel movimento		
Può alzarsi dal letto solo con l'aiuto di qualcuno		
È in grado di camminare autonomamente, fa le scale con aiuto umano		
Può camminare solo con l'aiuto di qualcuno		
Non è in grado di muoversi in autonomia		
Cammina con bastone/roller		
E' in carrozzina e percorre brevi tratti in autonomia		
E' in carrozzina ma non tende a muoversi da solo		
Paziente a rischio caduta		
E' mai caduto		

ALIMENTAZIONE

DESCRIZIONE	SI	NO
Inappetenza		
Si prepara e mangia in modo del tutto autonomo		
Mangia autonomamente, ma ha bisogno di un controllo periodico (per verificare che non faccia errori, non si sporchi ecc.)		
Mangia autonomamente, ma ha bisogno di un controllo costante (va stimolato a mangiare, ad usare le posate ecc.)		
In tutti i casi precedenti i cibi vanno preparati per facilitare l'assunzione (passati, trituriati, schiacciati ecc.)		
Deve assumere cibi frequentemente (fare più spuntini durante il giorno)		
Devono essere somministrati i pasti		
Abbisogna di un minimo di aiuto (es. tagliare la carne)		

IGIENE

DESCRIZIONE	SI	NO
Deve essere accompagnato nella stanza da bagno (da solo no va in bagno)		
Si lava solo se viene controllato e stimolato a farlo		
Si lava da solo, ma non completamente (solo il viso e le mani ma non il collo e le ascelle, solo sopra e non sotto ecc.)		
Necessita di aiuto e/o supervisione per lavarsi nelle cure igieniche quotidiane		
Necessita di pulizia del cavo orale		
Necessita di pulizia della protesi dentaria		
Necessita di pedicure e manicure		
Non è autonomo e deve essere lavato quotidianamente		
Per il bagno settimanale deve essere aiutato ad entrare ed uscire dalla vasca (o sistemato sotto la doccia)		
Quando è in vasca non è autonomo e deve essere lavato (o sotto la doccia) completamente		
Deve essere aiutato a lavarsi alcune parti del corpo		

ELIMINAZIONE URINARIA/FECALE

DESCRIZIONE	SI	NO
Ha il pieno controllo delle funzioni		
Saltuariamente è incontinente per le urine		
Saltuariamente è incontinente per le feci		
È incontinente solo per le urine (necessita di pannolone)		
È incontinente solo per le feci (necessita di controlli)		
È incontinente totale (necessita di pannolone)		
Quando ha bisogno sente lo stimolo e va accompagnato ai servizi perché lo chiede		
A tempi fissi va accompagnato ai servizi per evitare incontinenza		
Necessita di pannolone al solo scopo preventivo		

ABBIGLIAMENTO

DESCRIZIONE	SI	NO
Sa scegliere l'abbigliamento adeguato e si veste del tutto autonomamente		
Si veste e si spoglia con minimo aiuto (per mettere le calze, le scarpe, allacciare e slacciare abiti e scarpe, ecc.)		
Si veste autonomamente ma necessita di controllo (senza controllo commette degli errori)		
Si veste e si spoglia solo se aiutato da qualcuno (i vestiti vanno preparati e va aiutato ad indossarli, ecc.)		
Il suo abbigliamento deve essere controllato più volte al giorno		

CONTROLLO / COMPORTAMENTO / PROTEZIONE

DESCRIZIONE	SI	NO
Non richiede particolari attenzioni (può essere lasciato solo)		
Deve essere sollecitato a svolgere le attività quotidiane		
Bisogna usare molta insistenza per fargli svolgere quanto richiesto		
Rifiuta assolutamente ogni collaborazione		
Non riesce a gestire i propri compiti ma è tranquillo		
È confuso ma tranquillo (necessita di minima sorveglianza)		
È confuso, tranquillo ma necessita di sorveglianza continua in quanto può nuocere a sé, se lasciato solo		
Cammina di continuo senza meta		
Tenta la fuga		
Presenta affaccendamento Se sì ,descrizione		

Data

Timbro e firma del medico
curante o del reparto di degenza

.....

NOTA INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Informativa sottoposta al nuovo ospite: (cognome e nome) _____

Il Regolamento (UE) 2016/679 stabilisce che il soggetto interessato debba essere preventivamente informato in merito all'utilizzo dei dati che lo riguardano e che il trattamento di dati personali e sanitari è ammesso solo con il consenso espresso del soggetto interessato o suo Garante/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno, salvo i casi previsti dalla legge.

Titolare e responsabile del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è Genesi Impresa Sociale Società Cooperativa Sociale Onlus, con sede in via Biline, 74/76 a Rodengo Saiano, ente gestore della struttura.

Responsabile del trattamento è il signor Massimo Cavagnini domiciliato per l'incarico presso la sede della scrivente.

Finalità del trattamento

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività di Genesi Impresa Sociale Società Cooperativa Sociale Onlus per le seguenti finalità:

- valutare l'idoneità del paziente/ospite per l'accesso al servizio;
- inserire l'interessato in una lista di attesa per un futuro inserimento (in caso l'interessato non venga immediatamente inserito nella nostra struttura la domanda viene conservata per successive valutazioni. Quando non fosse più necessario il mantenimento dell'interessato nella lista d'attesa la domanda compilata viene eliminata a cura del responsabile dei trattamenti);
- consentire l'accesso al servizio;
- consentire il mantenimento del soggetto al servizio prestato (al termine della permanenza presso la nostra struttura la documentazione fornita e formata si verrà conservata secondo quanto disposto dalla normativa di riferimento, quindi se non prevista verrà eliminata);
- adempimenti di obblighi fiscali e/o contabili;
- gestione della clientela (amministrazione della clientela, di contratti, fatture, controllo dell'affidabilità e della solvibilità);
- adempimenti di normative proprie del settore di appartenenza e di attività di Genesi Impresa Sociale Società Cooperativa Sociale Onlus;
- preparazione, conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti;
- preparazione, conclusione, gestione ed esecuzione del fascicolo sociosanitario assistenziale.

Destinatari o categorie di destinatari ai quali i dati personali possono essere comunicati

Per lo svolgimento delle attività descritte ai punti precedenti può rendersi necessaria la comunicazione dei dati acquisiti ai seguenti soggetti:

- all'ATS di competenza;
- ad enti pubblici o privati che operino per conto o in collaborazione con l'ATS;
- ad enti pubblici in genere nel caso sia previsto da una norma;
- ad altre strutture (altre case di riposo, ospedali, cliniche) nelle quali il soggetto potrà essere inserito in futuro al fine di documentare lo stato dell'ospite;
- a chiunque, a discrezione del Responsabile, purché la comunicazione sia finalizzata alla tutela della salute dell'interessato o della collettività limitatamente alle informazioni pertinenti a tali finalità;
- ad aventi diritto che documentino la necessità della conoscenza;
- società o persone esterne che svolgono attività strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto commerciale quali istituti di credito, consulenti e liberi professionisti, singoli ed associati.

Periodo di conservazione

Tutta la documentazione raccolta e trattata da Genesi Impresa Sociale Società Cooperativa Sociale Onlus sarà conservata per una durata massima di 10 anni e/o fino alla conclusione del rapporto contrattuale.

Diritti dell'interessato

L'interessato ha diritto di ottenere dal Titolare del Trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso ha il diritto di:

- ottenere l'accesso ai dati personali, chiedere la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento;
- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (portabilità dei dati);
- essere informato dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione;
- se espresso revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato priva della revoca;
- proporre reclamo all'autorità di controllo.

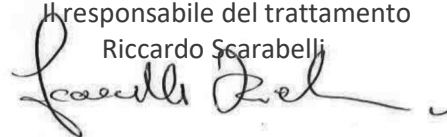
Natura dei dati e conseguenza della mancata comunicazione

Senza il trattamento e la comunicazione dei dati di natura obbligatoria per le descritte finalità, non si potrà fornire all'interessato i servizi e/o i prodotti richiesti, in tutto o in parte.

Lì, _____

Il responsabile del trattamento

Riccardo Scarabelli



Firma per ricevuta e consenso:

Firma di chi presenta la domanda
nome cognome
