

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN C.D.I.

SEZIONE 1 – DATI ANAGRAFICI

COGNOME NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ (PROV. _____) DATA _____ M F

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ (PROV. _____) IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME NOME _____

RESIDENTE A _____ (PROV. _____) IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

GRADO DI PARENTELA _____ TELEFONO _____

MAIL _____ ALTRI RECAPITI _____

EVENTUALE TUTORE/ADS

COGNOME NOME _____ TELEFONO _____

CITTA' _____ VIA/PIAZZA _____ N° _____

ATTO DI NOMINA N° _____ DEL TRIBUNALE DI _____

URGENZA DELLA DOMANDA

ESTREMA ORDINARIA

MOTIVI DEL RICOVERO

STATO DI SALUTE SOLITUDINE PROBLEMI FAMILIARI
 TRASFERIMENTO ALLOGGIO NON ADEGUATO DIMISSIONE DA OSPEDALE
 ALTRO _____

SEZIONE 2 – DATI PERSONALI

RICHIESTA PER INGRESSO CENTRO DIURNO INTEGRATO

<input type="checkbox"/> A TEMPO DEFINITO – Periodo:	<input type="checkbox"/> A TEMPO ILLIMITATO
Giorni della settimana di presenza <input type="checkbox"/> lunedì, <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> giovedì, <input type="checkbox"/> venerdì	
Orario di presenza (max 08.00 – 18.30):	
Servizio di trasporto: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI Andata <input type="checkbox"/> Si ritorno <input type="checkbox"/> Si Andata e Ritorno	

ESENZIONI: _____

INVALIDITA'

- IN CORSO RICONOSCIUTA AL _____ % RIFIUTATA
 IN FASE DI ACCERTAMENTO MAI PRESENTATA

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

- SI NO

SEZIONE 3 – RETE SOCIALE

ATTUALMENTE IL SOGGETTO E'

- AL PROPRIO DOMICILIO PRESSO FAMILIARI IN ALTRA STRUTTURA
 IN OSPEDALE PRESSO STRUTTURA RIABILITATIVA Denominazione Struttura

LA RICHIESTA VIENE INOLTRATA DA

- INTERESSATO PARENTE ALTRO _____

PER I RESIDENTI DEL COMUNE DI SENAGO

- CONTRASSEGNARE SE INSERITI IN GRADUATORIA COMUNALE PER POSTI A RISERVA IN CONVENZIONE PRESSO RSA SENAGO

SEZIONE 4 - INFORMAZIONI IN MERITO ALLA INFEZIONE COVID-19

IN OTTEMPERANZA ALLE DISPOSIZIONI DEL DPCM 04.03.2020 E DI GRUPPO GHERON IO SOTTOSCRITTO _____ IN QUALITÀ DI FAMILIARE E/O TUTORE-ADS DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ CHE IL/LA SIG./SIG.RA _____

Nelle due settimane precedenti ha avvertito questi sintomi:			
Febbre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Raffreddore	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Difficoltà a respirare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Alterazione del gusto /olfatto, (non sente i sapori, non sente gli odori)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Stato di affaticamento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Se SI in che misura	Pesante	Leggero	Come al solito <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Nelle due settimane precedenti ha avuto contatti con pazienti Covid positivi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Nelle due settimane precedenti ha effettuato tampone o sierologico per Covid 19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Compilazione a cura dell'UFFICIO SEGRETERIA:			
EFFETTUATO TRIAGE COVID-19 <input type="checkbox"/>		IN DATA	
CON ESITO			

Autorizzo al trattamento dei dati personali riportati nella presente domanda limitatamente alle finalità di inserimento nelle liste di attesa ai sensi del GDPR 679/16 e del DLGS 101/18

FIRMA DEL PRESENTANTE _____

DATA _____

SEZIONE 5 – SCHEDA SANITARIA (a cura del Medico)

ANAMNESI REMOTA

ANAMNESI PROSSIMA

ALLERGIE A FARMACI, ALIMENTI O ALTRO

TERAPIA FARMACOLOGICA

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

Problemi correlati all'alimentazione/nutrizione	
<input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> DISFAGIA <input type="checkbox"/> OBESITA' <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE	<input type="checkbox"/> SI ALIMENTA CON AIUTO <input type="checkbox"/> COMPLETAMENTE DIPENDENTE <input type="checkbox"/> DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA NUTRIZIONE ENTERALE <input type="checkbox"/> SONDINO <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE
Diabete mellito	Lesioni cutanee
<input type="checkbox"/> DIETA <input type="checkbox"/> ANTIDIABETICI ORALI <input type="checkbox"/> INSULINA	<input type="checkbox"/> LESIONI DA PRESSIONE <input type="checkbox"/> LESIONI VASCOLARI <input type="checkbox"/> LESIONI NEUROPATICHE
Linguaggio	Vista e udito
<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> DISARTRIA <input type="checkbox"/> AFASIA	<input type="checkbox"/> NON VEDE <input type="checkbox"/> DEFICI CORRETTO CON LENTI <input type="checkbox"/> NON SENTE <input type="checkbox"/> DEFICI CORRETTO CON PROTESI
Igiene	Capacità di vestizione/svestizione
<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> CON AIUTO	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> CON AIUTO
Mobilità	Cadute negli ultimi 3 mesi
<input type="checkbox"/> SI MUOVE DA SOLO <input type="checkbox"/> SI MUOVE CON AUSILIO <input type="checkbox"/> IN CARROZZINA/BASCULA <input type="checkbox"/> ALLETTATO	<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> 1-3 VOLTE <input type="checkbox"/> PIU' DI 3 VOLTE
Terapia riabilitativa	Assistenza respiratoria
<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> DI MANTENIMENTO	<input type="checkbox"/> OSSIGENO OCCASIONALE <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA
Minzione/evacuazione	
<input type="checkbox"/> PRESIDI ASSORBENTI <input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE <input type="checkbox"/> UROSTOMIA	<input type="checkbox"/> NEFROSTOMIA <input type="checkbox"/> STIPSI <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA/COLOSTOMIA
<input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/> Dialisi extracorporea
<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Chemioterapia
Disturbi cognitivi e comportamentali	
<input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA SEVERA <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO <input type="checkbox"/> COMPLETA CONFUSIONE/INCAPACITA' RELAZ. <input type="checkbox"/> PROBLEMI DI LINGUAGGIO <input type="checkbox"/> DEFICIT DI COMPrensIONE <input type="checkbox"/> IRRITABILITA' <input type="checkbox"/> IRREQUIETEZZA	<input type="checkbox"/> AGGRESSIVITA' <input type="checkbox"/> DISTRUBI DEL SONNO <input type="checkbox"/> URLA E LAMENTAZIONI <input type="checkbox"/> DISFORIA/EUFORIA/DISINIBIZIONE <input type="checkbox"/> STATO D'ANSIA <input type="checkbox"/> DEFLESSIONE DEL TONO DELL'UMORE <input type="checkbox"/> APATIA <input type="checkbox"/> TENTATO SUICIDIO <input type="checkbox"/> POTUS

PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

IL SOGGETTO È ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE O CONTAGIOSE E PUO' VIVERE IN COMUNITA'?

SI NO Note: _____

VALUTAZIONE DEMENZA

PUNTEGGIO CDR _____

PUNTEGGIO MMSE _____

CERTIFICAZIONE CDCD (EX UVA)

SI RILASCIATA IN DATA _____

NO

EVENTUALI NOTE

INFORMAZIONI MEDICO CURANTE

COGNOME NOME _____ TELEFONO _____

CITTA' _____ VIA /PIAZZA _____ N° _____

MAIL _____

TIMBRO E FIRMA _____

DATA _____