

DOMANDA DI AMMISSIONE IN CENTRO DIURNO INTEGRATO

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO e DATA di NASCITA _____

RESIDENZA _____

TEL. _____

STATO CIVILE CONIUGATO / A
 NUBILE / CELIBE
 VEDOVO / A
 SEPARATO / DIVORZIATO

	SI	NO	PARZ
DEAMBULAZIONE AUTONOMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIZIONE AUTONOMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIZZO AUTONOMO DEI SERVIZI IGIENICI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTINENZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTONOMIA NEL MANGIARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	GRAVE	NO	LIEVE
IPOACUSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPOVISUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ETEROAGGRESSIVITÀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEVROSI (spec. ansiosa o depressiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IN CURA PRESSO CENTRI SPECIALISTICI PER DEMENZE O PRESIDII PSICHIATRICI

PRECEDENTEMENTE

SI NO

ATTUALMENTE

SI NO

(se SI, specificare: U. V. A. C. P. S. ALTRO)

ATTUALMENTE IL PZ VIVE SOLO
 IN FAMIGLIA
 RICOVERATO IN ISTITUTO O OSPEDALE
 (specificare _____)

LA RICHIESTA È STATA FORMULATA DAL DIRETTO INTERESSATO
 DA UN FAMILIARE (spec. _____)
 DAL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE

ESTREMI DEL RICHIEDENTE _____

LA DOMANDA È FORMULATA DIRETTAMENTE PER IL CENTRO DIURNO
 ORIGINARIAMENTE PER R. S. A. O C.D.R.

RICHIESTO RICOVERO TEMPORANEO
 A TEMPO INDETERMINATO

MOTIVO PRINCIPALE DEL RICOVERO

- CONVALESCENZA E/O RIABILITAZIONE
- SOCIALIZZAZIONE
- INSUFFICIENTE ASSISTENZA FAMILIARE
- INSUFFICIENTE AUTOGESTIONE DEL SINGLE
(dedotto dell'operatore, espressamente richiesta)
- SOLLIEVO TEMPORANEO PER IL CARE-GIVER
- ASSESTAMENTO TERAPIA FARMACOLOGICA

FREQUENZA lun mar mer gio ven sab dom
 con cena senza cena

BREVE ANAMNESI FORNITA DAL FAMILIARE _____

POSIZIONE PROFESSIONALE _____ TITOLO DI STUDIO _____

SITUAZIONE PENSIONISTICA _____ PERCEPISCE ASS. ACCOMP. _____

TRASPORTO SI (specificare _____) NO

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto la Carta dei Servizi del Centro Diurno Integrato

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

PROFILO SANITARIO SIG./RA _____

Peso kg _____ Altezza cm _____ PA _____ FC _____

CONNOTAZIONI FISIOPATOLOGICHE

NUTRIZIONE

- Sovrappeso
- Malnutrizione
- Deperimento organico
- Cachessia neoplastica

EVACUAZIONE

- Incontinenza urinaria
- Incontinenza fecale
- Stipsi/diarrea

PROFILO METABOLICO

- Intolleranza glicidica
- Dislipidemia
- Iperuricemia
- Ipoproteinemia
- Uremia
- Alterazioni elettrolitiche

DIPENDENZE

- Potus
- Tabagismo
- Bulimia/Anoressia
- Farmacodipendenza

SONNO

- Insonnia non trattata
- Ipnoinduzione

MOVIMENTO

- Sindrome ipocinetica
- Allettamento
- Deficit neuromotori
- Limitazioni apparato locomotore
- Limitazioni cardiorespiratorie
- Protesi e ausili

SENSORIALITÀ

- Ipovisus
- Ipoacusia

CUTE

- Ulcere trofiche
- Infezioni
- Parassitosi

PROFILO PSICOSOCIALE

- Nevrosi d'ansia
- Depressione
- Demenza
- Psicosi
- Epilessia
- TS
- Asocialità

ALLERGIE _____ INTOLLERANZE _____

TERAPIE IN ATTO

OSSIGENOTERAPIA

- continuativa
- di supporto
- O₂ liquido portabile

MEDICAZIONI

- continuative
- occasionali

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

- continuativa
- occasionale

MEDICO CURANTE

dott. _____ Tel. _____

NOTE ANAMNESTICHE

in caso di affezioni pregresse o in atto, darne succinto resoconto

Affezioni cardiovascolari No Pregresse In atto _____

Affezioni respiratorie No Pregresse In atto _____

Affezioni dell'apparato digerente No Pregresse In atto _____

Affezioni dell'apparato urogenitale No Pregresse In atto _____

Affezioni del sistema nervoso centrale No Pregresse In atto _____

Diagnosi accertata di Morbo di Alzheimer rilasciata da _____

Patologie del sistema nervoso periferico No Pregresse In atto _____

Esiti neuromotori No Pregressi In atto _____

Patologie muscolo-scheletriche No Pregresse In atto _____

Limitazioni funzionali mioosteoarticolari No Pregresse In atto _____

Malattie endocrino-metaboliche No Pregresse In atto _____

Deficit sensoriali No Pregressi In atto _____

Patologie di altri apparati No Pregresse In atto _____

COMPENSO CLINICO stabilizzato precario

ULTIMO PROFILO EMATOCHIMICO DISPONIBILE IN DATA _____

ULTIMO EVENTUALE RICOVERO OSPEDALIERO IN DATA _____

EVENTUALI CENTRI E/O SERVIZI CLINICI DI RIFERIMENTO _____

INDICAZIONI CLINICHE E SUGGERIMENTI DEL MEDICO CURANTE

compilato in data _____ dal Dott. (timbro e firma) _____

IL MELO ONLUS SOCIETA'
COOPERATIVA SOCIALE
Sede Legale: via Magenta, 3
21013 Gallarate (MI)

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO
(art. 13 D.Lgs. 196/2003 Codice In Materia Di Protezione Dei Dati Personali)

Gentile Signore/a,
Desideriamo informarla che il Codice in materia di protezione dei dati personali prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del Codice predetto, Le forniamo, quindi, le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:
 - Rilevazione stato di salute
 - Compilazione della cartella clinica
 - Adempimenti amministrativo/contabili
 - Predisposizione di dati statistici
 - Fornitura di prestazione specialistica da terzi autorizzati (artt. 78 e 81 D.lgs. n. 196/2003)
2. Desideriamo avvalerci della modalità semplificata di informativa e consenso di cui agli artt. 78 e 81 D.lgs. n. 196/2003, in riferimento alla pluralità di prestazioni erogate anche da parte di terzi professionisti per la fornitura di prestazioni specialistiche (fornitura ausili, idoneità, visite specialistiche, ecc.).
3. In base al Titolo VII capo III del D.lgs. n. 196/2003 qualora i suoi dati dovessero necessitare per finalità di ricerca scientifica o di statistica, saranno trasmessi in forma anonima, al fine di valutare l'efficacia e l'appropriatezza delle procedure di diagnosi, trattamento ed erogazione dei servizi, altresì per la produzione di elaborati scientifici proposti per la pubblicazione e/o comunicazione in eventi congressuali.
4. I dati personali idonei a rivelare il suo stato di salute in relazione ai servizi erogati potranno essere notificati a Lei o ad altro medico da Lei designato tramite il referente di questa struttura o suo sostituto/incaricato.
5. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: registrazione ed elaborazione su supporto cartaceo e supporto magnetico.
6. I dati raccolti, la diagnosi e le eventuali terapie e cure da Lei praticate e quant'altro necessario, saranno comunicati in base alle normative vigenti e per quanto di competenza, alla Azienda Sanitaria Locale, alle Pubbliche Amministrazioni pertinenti per il servizio erogato, alle autorità di Pubblica Sicurezza, Enti previdenziali ed Assistenziali, o in caso di necessità, all'Azienda Ospedaliera designata al ricovero e dietro specifica richiesta alla Autorità Giudiziaria. I dati, inoltre, potranno essere comunicati a professionisti o ad altro soggetto, parimenti individuabile, per l'espletamento di prestazioni specialistiche su richiesta che richiedano trattamento dei dati correlato a quello effettuato dalla Struttura Sanitaria.
7. Il trattamento può riguardare dati sensibili relativi allo stato di salute.
Il trattamento viene effettuato da personale autorizzato ed opportunamente istruito, reso edotto dei vincoli imposti dal D.lgs n.196/2003, con misure di sicurezza atte a garantire la riservatezza nei limiti imposti dall' Autorizzazione Generale del Garante.
8. Il conferimento dei dati è necessario per adempiere alle sopraindicate finalità l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata instaurazione e/o prosecuzione del rapporto.
9. Il Titolare del trattamento è IL MELO ONLUS SOCIETÀ COOPERATIVA LOCALE, Via Magenta 3, 21013 Gallarate (MI);
10. Il Responsabile del trattamento è la Dott.ssa Rita Nichele;
11. Al Responsabile Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti, così come previsto dall'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196) che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

Art. 7 Codice in materia di protezione dei dati personali, diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

- 1 L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personale che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
- a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
- 4 L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI IN AMBITO SANITARIO

(Art.23 D.lgs 196/2003)

Il/La Sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il _____ tel _____

DICHIARA

- Dopo aver preso visione dell'informativa, dichiara il consenso al trattamento dei suddetti dati;
- Prende atto che il consenso così manifestato avrà validità per ogni prestazione eseguita presso questa Azienda

RICHIEDE

Che le informazioni sul suo stato di salute vengano fornite alle seguenti persone:

	SI	NO	RECAPITO TELEFONICO
CONIUGE			
FIGLI			
GENITORI			
ALTRI			

Li FIRMA DEL DICHIARANTE:

Nel caso di paziente minore o interdetto, o nei casi in cui la manifestazione di consenso viene resa da persona diversa dall'interessato, l'esercente la patria potestà, il legale rappresentante ovvero la persona diversa dal paziente, chiamata a manifestare il consenso al trattamento dei dati personali in ambito sanitario, sottoscrive la seguente:

Il/La Sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il _____

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, dichiara:

- Di essere congiunto del paziente sopra indicato
- Di essere familiare del paziente sopra indicato
- Di essere convivente del paziente sopra indicato
- Di essere accompagnatore della struttura presso la quale dimora l'interessato

FIRMA DEL DICHIARANTE:

DOCUMENTI NECESSARI PER RICOVERO IN CENTRO DIURNO INTEGRATO O PROTETTO

- Fotocopia **FRONTE e RETRO** nuova TESSERA SANITARIA (Carta Regionale dei Servizi)
- Fotocopie TESSERINI per ESENZIONE TICKET (per reddito, patologia, invalidità civile, ecc.)
- Fotocopia Verbale riconoscimento Invalidità Civile (modulo Regione Lombardia), se in possesso
- Fotocopia eventuali valutazioni neurologiche
- Fotocopia CODICE FISCALE
- Fotocopia CARTA IDENTITA'
- Due foto tessera dell'Ospite

INDICARE INOLTRE (dati richiesti dalla Regione Lombardia):

- La persona per la quale si compila la domanda di ricovero percepisce o è in lista di attesa per il **VOUCHER SANITARIO** o il **BUONO SOCIALE**?

- Percepisce assegno di accompagnamento? _____
- Se non già riconosciuta, è stata presentata domanda per il riconoscimento dell'Invalidità Civile? _____
- E' attualmente assistito a domicilio dal servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), fornita dalla A.S.L.? _____
- Titolare di: Nessuna pensione _____
Pensione anzianità / vecchiaia _____
Sociale _____
Reversibilità _____
Invalidità (se minore di 65 anni) _____
Altre (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.) _____

MATERIALE / CORREDO (Da fornire all'ingresso in CDI)

Farmaci in terapia durante le ore di presenza presso Centro Diurno
Pannoloni, cateteri, ecc. sufficienti per le ore di presenza presso Centro Diurno
Compatibilmente con le condizioni psico-fisiche del degente, si consiglia di portare un cambio biancheria completo