

**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"/>
TENDENZA ALLA FUGA	<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)

**EMERGENZA COVID-19**

Ha contratto l'infezione da COVID-19?  SI  NO Se sì, quando? \_\_\_\_\_

È vaccinato?  SI  NO Se sì con quale vaccino?  PFIZER  
 MODERNA

Data 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ Data 3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_  ASTRA ZENECA

Data 2<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ Data 4<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**IL MELO ONLUS - Società Cooperativa Sociale**

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  
 con cena da asporto

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

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

### VACCINO COVID

- Sì
- No

Se No, ci sono controindicazioni?

ALLERGIE \_\_\_\_\_ INTOLLERANZE \_\_\_\_\_

## TERAPIE IN ATTO

OSSIGENOTERAPIA  continuativa  di supporto  O<sub>2</sub> 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) \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### **SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI**

(Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali)

Il **Titolare del Trattamento** è **IL MELO ONLUS Società Cooperativa Sociale**, con sede in Via Magenta 3 GALLARATE VA, P. Iva 01564890125 (di seguito definito “il Titolare”), in persona del legale rappresentante sig.ra Daniela Foglia.

Il **Responsabile della Protezione dei Dati personali (DPO)** è Siges S.r.l, Via Ferrari 21 – 21047 Saronno.

**Trattamento.** I dati personali vengono trattati nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/2016. I dati forniti dall’Utente (di seguito definito “l’Interessato”) saranno utilizzati al solo fine di dar seguito alle sue richieste e saranno trattati da parte di personale incaricato dal Titolare con procedure, strumenti tecnici e informatici idonei a tutelare la riservatezza e la sicurezza dei dati dell’Interessato. Il trattamento dei dati personali dell’Interessato consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distruzione degli stessi comprese la combinazione di due o più delle attività suddette.

**Obblighi contrattuali e obblighi legali.** I dati dell’interessato sono trattati per lo svolgimento dei seguenti obblighi:

- 1) Obblighi contrattuali, compresa la comunicazione a istituti bancari e simili, per le attività di riscossione dei pagamenti e per altre attività collegate agli adempimenti contrattuali;
- 2) Obblighi legali, come la fatturazione, tenuta di scritture contabili obbligatorie e registrazioni, comunicazioni alle autorità richiedenti tra cui il sistema TS (Tessera Sanitaria) per la comunicazione delle spese sanitarie per il 730 precompilato.

3) Altri servizi connessi alla permanenza presso la struttura (es: servizi di segreteria, consegna corrispondenza, prenotazione di servizi). I dati richiesti dal Titolare sono obbligatori per la conclusione del contratto ed il mancato conferimento dei dati comporta l’impossibilità per l’Interessato di accedere ai servizi de Il Melo Onlus. Per il trattamento dei dati personali di cui sopra non è richiesto il consenso dell’interessato (art. 6 comma 1, lettera b) e c) del Regolamento).

Sulla base dell’art. 9 comma 1 lett. h del Regolamento non è altresì richiesto il consenso dell’Interessato per il trattamento dei dati particolari (sensibili) poiché necessari per la permanenza in struttura dell’Ospite (con finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria, per la gestione di sistemi e servizi sanitari, per eventuale raccolta di immagini utili all’osservazione sanitaria).

Nell’assolvimento degli obblighi di legge è prevista la trasmissione alla Regione Lombardia, per mezzo dell’ATS INSUBRIA, dei dati personali, anche sensibili gestiti per tutto il corso della permanenza dell’utente presso IL MELO. ATS INSUBRIA e IL MELO ONLUS hanno sottoscritto un contratto improntato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza per la gestione dei dati personali e sensibili degli utenti.

#### **Ulteriori servizi non inclusi negli obblighi contrattuali e legali**

**è richiesto un esplicito consenso** per servizi ulteriori, quali

- 1) la comunicazione a terzi della presenza dell’utente in struttura per la finalità esclusiva di consentire il ricevimento di visite, messaggi e telefonate a indirizzate all’Interessato;
- 2) la riproduzione di immagini e/o fotografie dell’ospite durante lo svolgimento della vita sociale della struttura IL MELO (es: feste, eventi pubblici, momenti di attività ricreative-animative);

**Conservazione.** I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario a fornire all’Interessato i servizi richiesti e saranno in ogni caso eliminati a seguito di richiesta dell’Interessato, salvi ulteriori obblighi di conservazione previsti dalla legge.

**Diffusione e comunicazione.** I dati dell’Interessato non saranno diffusi e comunicati a terzi, salvo che per assolvere obblighi contrattuali o di legge o su esplicito consenso dell’Interessato stesso.

**Responsabili del trattamento.** Nell’ambito della sua attività e per le finalità sopra indicate il Titolare potrà avvalersi di servizi resi da soggetti terzi che operano per conto del Titolare e secondo le sue istruzioni. Tali soggetti sono chiamati **responsabili del trattamento** e possono essere fornitori, consulenti tecnici, altri soggetti analoghi che collaborano con la nostra organizzazione per assolvere gli impegni contrattuali assunti con l’Interessato. Rientrano tra tali soggetti coloro che forniscono un servizio strettamente e necessariamente collegato all’attività del Titolare quali consulenti fiscali, banche, assicurazioni, enti pubblici che posso eseguire ispezioni o verifiche. L’Interessato potrà richiedere un elenco completo e aggiornato dei soggetti nominati responsabili del trattamento rivolgendosi al contatto sotto indicato.

**Trasferimento all’interno dell’Unione Europea e extra UE.** I dati potranno essere trasferiti all’interno della Unione Europea, ove il Titolare o i suoi fornitori e collaboratori abbiano sede o abbiano i propri server. I dati non saranno trasferiti fuori dalla Unione Europea.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO:**

L'interessato, ha diritto in ogni momento di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso (art. 15 GDPR) e la rettifica (art. 16 GDPR) dei dati che lo riguardano.

Può altresì chiedere la cancellazione dei propri dati (art. 17 GDPR) o la limitazione del trattamento (art. 18 GDPR) o di opporsi al loro trattamento (art. 21 GDPR), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20 GDPR).

In caso di rettifica o cancellazione o limitazione dei dati, il Titolare provvede a comunicare le intervenute modifiche ai destinatari cui sono trasmessi i dati (art. 19 GDPR).

In ogni caso, è fatta salva la possibilità per l'Interessato di rivolgersi all'Autorità Garante o di adire l'Autorità giudiziaria.

**Contatti:**

I dati di contatto del Titolare del trattamento sono i seguenti: Tel.: 0331 776083 –email: [info@melo.it](mailto:info@melo.it)

Per contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO): e-mail [dpo1@sigesgroup.it](mailto:dpo1@sigesgroup.it) – tel. 02.967181

**AGGIORNATA IL 01/06/2018**

**Autorizzazione al Trattamento dei Dati (Regolamento EU 2016/679) relativa a**

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

in qualità di  Interessato  Familiare  Tutore  Curatore  Amministratore di sostegno dell'ospite:

informato in data odierna della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento Europeo n. 679 del 2016, letta l'informativa sul trattamento dei dati personali, portato a conoscenza della necessità del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di ulteriori dati nel corso della prestazione:

**AUTORIZZA** a comunicare a terzi la presenza presso la struttura IL MELO per la finalità esclusiva di consentire il ricevimento di visite, messaggi e telefonate a me indirizzate

**SI**  **NO**

**AUTORIZZA** a comunicare alle sotto indicate persone i dati particolari (sensibili) relativi al mio stato di salute

**SI**  **NO**

	<i>COGNOME e NOME</i>	<i>SI / NO</i>	<i>RECAPITO TELEFONICO</i>
CONIUGE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
FIGLI		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ALTRI		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ALTRI		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**AUTORIZZA** a esporre o pubblicare, presso la struttura o sul sito internet, opuscoli, manifesti, newsletter, foto o filmati rappresentanti la propria persona scattate nel corso di particolari eventi come cene, feste, attività o gite

**SI**  **NO**

Il termine di conservazione di tali dati coincide con il periodo di permanenza presso la struttura cessato il quale, a meno di obblighi di conservazione di legge, i dati verranno distrutti.

Luogo, data

Firma

.....  
.....

**In caso di soggetto analfabeta, apporre il segno X nello spazio riservato alla firma. Il familiare o il soggetto accompagnatore deve compilare la parte sottostante.**

**In caso di soggetto fisicamente impossibilitato alla firma ma capace di intendere e di volere, il familiare o il convivente o in mancanza il medico deve compilare il modulo sottostante**

Io sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_,

in relazione alla condizione di  analfabetismo  impedimento fisico del paziente sopra indicato,

dichiaro di aver assistito alla consegna dell'informativa ed alla manifestazione del consenso da parte del paziente

mediante apposizione del segno X nello spazio riservato alla firma  in forma \_\_\_\_\_

Data.....

Firma .....

## **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