



**CENTRO DIURNO INTEGRATO  
DOMANDA DI AMMISSIONE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

Lavoro prevalentemente svolto: \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI AMMISSIONE CON INIZIO DAL** \_\_\_\_\_

5 giorni settimana

3 giorni settimana ( \_\_\_\_\_ )

2 giorni settimana ( \_\_\_\_\_ )

Indicare i giorni scelti

Cognome, nome, legame di parentela ed indirizzo e n.° tel. di chi si impegna al pagamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivi della richiesta:

**SANITARI**

(demenza, disabilità fisica, medicazioni..)

**SOCIALI**

(solitudine, assenza di assistenza nelle ore diurne, ..)

Qualora il richiedente sia affetto da demenza, specificare se presenta disturbi comportamentali quali:

aggressività

agitazione

tendenza al vagabondaggio

tendenza alla fuga

disturbi sessuali

altro



Grado di autonomia del richiedente:

	<b>autonomo</b>	<b>aiuto parziale</b>	<b>totalmente dipendente</b>
igiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cammino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abbigliamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uso del WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Incontinenza vescicale:	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> saltuaria
- Incontinenza fecale:	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> saltuaria

Notizie sanitarie utili (*medico di base, ecc.*)

---



---

Cologno al Serio, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

Allegare: fotocopia della carta identità e della tessera sanitaria

Parere sanitario: \_\_\_\_\_

Verifica amministrativa \_\_\_\_\_

Cologno al Serio, \_\_\_\_\_



**PARENTI REFERENTI**

<b>NOME COGNOME</b>	<b>GRADO DI PARENTELA</b>	<b>INDIRIZZO</b>	<b>RECAPITO TEL.</b>

**ALTRI FAMILIARI**

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

**CONDIZIONI PENSIONISTICHE**

Tipo di pensione/i: .....  
Tipo di invalidità: .....  
% di invalidità civile: .....  
Indennità di accompagnamento:    Sì                     No   
Esenzione ticket sanitario per: .....  
Pratiche in corso per: .....

**COLLOCAZIONE ABITAZIONE**

- zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- zona decentrata (abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

**ADEGUATEZZA ABITAZIONE**

**BARRIERE ARCHITETTONICHE:**

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

**BAGNO:**

- interno
  - esterno
- supporti antiscivolo:    Sì             No

**RISCALDAMENTO:**

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

**MOTIVO DEL RICOVERO**

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

**Il sottoscritto.....in qualità di.....dichiara che il/la sig.r/ra ..... non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.**

**Data, .....**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

## SCHEDA SANITARIA

(compilazione a cura del medico di famiglia o di reparto ospedaliero)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO: \_\_\_\_\_

### ANAMNESI:

---

---

---

---

---

---

### TIPO DI INVALIDITA'

---

PERCENTUALE di INVALIDITA': \_\_\_\_\_ %

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO:                      SI                      NO

### Trasferimento letto sedia

Codice	Significato
1	Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
2	Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
3	Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
4	Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
5	Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

### Deambulazione

Codice	Significato
1	Dipendenza rispetto alla locomozione
2	Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
3	Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili

- 4 Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- 5 Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorre 50 metri senza aiuto o supervisione.

#### Locomozione su sedia a rotelle

Codice	Significato
1	Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
2	Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
3	Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
4	Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
5	Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

#### Igiene personale

Codice	Significato
1	Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
2	E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
3	E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
4	E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
5	Totale indipendenza

#### Alimentazione

Codice	Significato
1	Paziente totalmente dipendente, va imboccato.
2	Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
3	Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,
4	Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
5	Totale indipendenza nel mangiare.

### Confusione (stato mentale)

Codice	Significato
1	Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
2	E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
3	Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4	E' perfettamente lucido

### Irritabilità

Codice	Significato
1	Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
2	Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
3	Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
4	Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

### Irrequietezza (stato Comportamentale)

Codice	Significato
1	Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2	Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
3	Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
4	Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

*SITUAZIONE CLINICA ATTUALE ED ESAME OBIETTIVO*

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave	DIAGNOSI
Patologia cardiaca (solo cuore)						
Ipertensione arteriosa ( si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)						
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)						
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)						
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)						
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)						
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino. ernie)						
Patologie epatiche (solo fegato)						
Patologie renali (solo rene)						
"Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)"						
"Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)"						
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)						
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)						
Patologie psichiatrico-comportamentali demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi						

*Ricoveri ospedalieri recenti:*

SI

NO

---



---



---



---

*Terapia in atto:*

---



---



---



---



---



*Reattività emotiva:*

- \_\_\_ Collaborante
- \_\_\_ E' estraniato dal mondo circostante
- \_\_\_ Depressione
- \_\_\_ Stato ansioso
- \_\_\_ Agitazione con spunti aggressivi

*Incontinenza*

URINARIA

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale
- d) catetere a permanenza

FECALE

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale

*Lesioni da decubito:*

(specificare la sede)

assenti \_\_\_\_\_  
iniziali \_\_\_\_\_  
gravi \_\_\_\_\_  
multiple \_\_\_\_\_

*Peso kg:* \_\_\_\_\_

*Nutrizione artificiale:*

\_\_\_ PEG                      \_\_\_ SNG                      \_\_\_ NPT

*E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità?*

SI                                      NO

*Abusa di sostanze alcoliche?*

NO, MAI                                      SI, IN PASSATO                                      SI, ATTUALMENTE

*Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?*

SI                                      NO

*Richiede trattamento riabilitativo?*

SI                                      NO

specificare:

---

---

---

---

---

---

---

data \_\_\_\_\_

timbro e firma del Medico di famiglia  
o di reparto

---