

**Spett.le FONDAZIONE**

**CONTE CARLO BUSI ONLUS**

**Via Formis, 4**

**26041 CASALMAGGIORE (CR)**

Il/La sottoscritt..... \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ - cellulare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

la frequenza del **Centro Diurno Integrato "FIORELLA"** per:

me stesso/a,

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nat... a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

Frequenza a tempo pieno

Frequenza part time

**QUESTIONARIO DA COMPILARE :**

1) Stato civile:  celibe/nubile,  coniugato/a,  separato/a,  divorziato/a ,  
 vedovo/a,  non dichiarato

2) Numero figli maschi: ..... Numero figlie femmine: .....

3) Situazione pensionistica:

nessuna pensione,

tipo speciale (guerra,...),

anzianità/vecchiaia,

sociale,

reversibilità,

invalidità

4) Titolo di studio: \_\_\_\_\_

5) Soggetto con assegno di accompagnamento:

Dato non rilevato -  Sì  No

- domanda presentata  No  Sì

6) Professione svolta: \_\_\_\_\_

7) Situazione familiare:

A) La persona vive con:

- coniuge,  figli,  
 fratello/sorella,  nipote diretto  
 parenti collaterali e indiretti,  altri senza vincoli di parentela,  
 solo.

B) Rete familiare (conflitti familiari, impegni lavorativi gravosi, gravi problemi di salute, lontananza geografica):

- buona,  sufficiente,  
 carente,  assente.

8) Situazione abitativa ed ambientale;

L'abitazione è:

- con barriere architettoniche interne,  con barriere architettoniche esterne,  
 senza servizi igienici,  senza riscaldamento,  
 isolata,  con rete di vicinato carente.

9) La persona per cui si chiede l'ammissione al CDI è in grado di:

	SI	CON AIUTO	NO
A) CAMMINARE			
B) VESTIRSI			
C) ALIMENTARSI			
D) LAVARSI			

10) La persona presenta :

- continenza urinaria -  parziale incontinenza -  totale incontinenza  
 continenza fecale -  parziale incontinenza -  totale incontinenza

11) L'assistenza alla persona viene fornita da:

- tre o più familiari  due familiari  
 un familiare soltanto  altro (badante, servizi sociali, ...)  
 nessuno

12) Presenza di altri familiari bisogni di assistenza all'interno della famiglia:

nessuno       un familiare       due o più familiari

Medico curante: dott. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Persone/Parenti di riferimento:

Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.

**Informativa D.Lgs 196/03:** I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione della lista di attesa e dell'iter di ingresso in C.D.I. con modalità, anche automatizzate strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia non potremo dar corso al servizio. Titolare del trattamento è il Presidente cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc.

Per i dati necessari e sufficienti, è possibile, in taluni casi doveroso, che ne sia data comunicazione a:

- A.S.L., Assessorato regionale alla sanità, Assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative;
- Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
- Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi

**Consenso:** Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

data, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Allegati:

- ⇒ copia del certificato di pensione (mod.Obis M),
- ⇒ scheda sanitaria di ingresso

NON SONO AMMISSIBILI:

- ◆ PERSONE AUTOSUFFICIENTI,
- ◆ PERSONE CHE GIÀ USUFRUISCONO DI SERVIZI RESIDENZIALI SOCIO-SANITARI,
- ◆ PERSONE CON ELEVATE ESIGENZE CLINICO-ASSISTENZIALI,
- ◆ PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICHIATRICHE ATTIVE O CON DEMENZA ASSOCIATA A GRAVI DISTURBI COMPORTAMENTALI,
- ◆ PERSONE IN ETÀ GIOVANE O GIOVANE-ADULTA CON DISABILITÀ'.

Documentazione sanitaria a carico del MMG o dell'Ente proponente. Il suo obiettivo è di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del candidato al fine di valutarne l'idoneità di inserimento nel contesto RSA.

FONDAZIONE C.BUSI

Via Formis,4 Cap.26041 Casalmaggiore (CR)

Tel. 0375 43644 -203207 Fax 0375 43562

e-mail: [accettazione@geriatricobusi.it](mailto:accettazione@geriatricobusi.it) sito: [www.geriatricobusi.it](http://www.geriatricobusi.it)

# SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO IN CDI

TIPOLOGIA DI RICOVERO  Definitivo  Temporaneo

CANDIDATO/A:

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

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

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

Caregiver/Familiare \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

MEDICO PROPONENTE:

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

Tel: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Timbro e firma:

Data di Compilazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Quadro Clinico: Patologie principali

Indice di Comorbidità (CIRS)	DIAGNOSI	A	L	M	G	M.G.
<b>Patologia cardiaca</b> Portatore di PM Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
<b>Ipertensione</b>						
<b>Apparato vascolare</b>						
<b>Apparato respiratorio</b>						
<b>Occhi/O.R.L</b>						
<b>Apparato Digerente Tratto Superiore</b>						
<b>Apparato Digerente Tratto inferiore</b>						
<b>Fegato</b>						
<b>Rene</b>						
<b>Apparato riproduttivo e patologie Genito-Urinarie</b>						
<b>Apparato Muscoloscheletrico e cute</b>						
<b>Patologie sistema nervoso</b> (Centrale e periferico, non include la demenza)						
<b>Patologie del sistema endocrino-Metabolico</b>						
<b>Stato mentale e comportamentale</b> (Include la demenza e patologia Psichiatrica)						

Leggenda: A: Assente L: Lieve M: Moderata G: Grave M.G.: Molto Grave

## Aspetti Clinici e Funzionali

Autonomia nel movimento ( è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> Supervisione passiva <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> Mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> Necessità di usare il sollevatore meccanico <input type="checkbox"/> Immobilità a letto
Ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Bastone <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Altro _____
Presenza di protesi ortopediche e/o ortesi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, quali _____
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, data ultimo posizionamento ____/____/____
Cannula endotracheale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, data ultimo sostituzione ____/____/____
Ossigeno terapia	<input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Discontinua
Ventilazione assistita	<input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> Non invasiva
Catetere Venoso Centrale	<input type="checkbox"/> CVC sede _____ <input type="checkbox"/> Mid-Line sede _____ <input type="checkbox"/> PiCC sede _____
Presenza di Stomie (Non associate alla nutrizione)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì sede _____
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> Sì sede _____
Altre lesioni cutanee	<input type="checkbox"/> Sì sede _____
Cadute ricorrenti	<input type="checkbox"/> Sì n° di cadute negli ultimi 12 mesi _____
Deficit visivi	<input type="checkbox"/> Sì specificare _____

Deficit auditivi	<input type="checkbox"/> Si specificare _____

### Deficit Cognitivi, disturbi comportamentali e problemi psichiatrici

Stato di coscienza alterato <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vigile <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Coma/ Vegetativo (GCS: /15)
Deficit di memoria <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Disorientamento <input type="checkbox"/> Spaziale <input type="checkbox"/> Temporale
Disturbo del linguaggio e della comunicazione <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Deficit di comprensione	
Crisi d'ansia/attacchi di panico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Deliri <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Allucinazioni <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Aggressività <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> Fisica <input type="checkbox"/> No	Disturbi del sonno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Wandering / affaccendamento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tentativi di fuga <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Utilizzo di mezzi di contenzione <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, di che tipo _____	
Abuso/dipendenza <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quale _____	
Tentativi di suicidio <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, in data ____/____/____	
Diagnosi di Demenza <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, diagnosticata presso _____	
Diagnosi Psichiatrica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, in carico presso _____	





Allergia ai farmaci <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, quali _____	

**Situazione Ambientale e sociale**

Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza di barriere architettoniche
Vive solo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Supporto Caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Assente

**Altri trattamenti terapeutici**

Emotrasfusioni	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, indicare la data dell'ultima eseguita ____/____/____
Dialisi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Emodialisi <input type="checkbox"/> Peritoneale
Altro (Chemioterapia, radioterapia, etc)- _____ _____ _____	

**Interventi chirurgici e ricoveri ospedalieri o riabilitativi (negli ultimi 12 mesi)**


Attuale capacità di collaborazione ad interventi riabilitativi	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle condizioni attuali	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

**Malattie infettive contagiose**


**Ulteriori notizie utili:**


