

Spett.le FONDAZIONE
CONTE CARLO BUSI ONLUS
Via Formis, 4
26041 CASALMAGGIORE (CR)

Il/La sottoscritt..... _____ residente a
_____ Via _____
n° _____ tel. _____ in qualità di

CHIEDE

che venga assegnato un posto in MINI ALLOGGIO PROTETTO :

a me stess...,

al/la Sig./ra _____
nat.._____ il _____ residente a
_____ via _____ n° _____

Dichiara, inoltre, di impegnarsi al pagamento della retta fissata dall'Amministrazione.

data, _____

(firma)

Recapito del familiare o di altra persona da contattare in caso di necessità (se diverso dal richiedente):

Cognome e nome _____
in qualità di _____
residente a _____ via _____ n° _____
telefono fisso _____ cellulare _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- scheda sanitaria, compilata dal medico curante;
- Fotocopia della carta di identità;
- Fotocopia del codice fiscale.

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 negli alloggi protetti.

FONDAZIONE "CONTE C.BUSI" ONLUS
Via Formis,4 Cap.26041 Casalmaggiore (CR)
Tel. 0375 43644 -203207 Fax 0375 43562
e-mail: accettazione@geriatricobusi.it sito: www.geriatricobusi.it

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO

per mini alloggi protetti

CANDIDATO/A:

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ luogo di nascita _____

Residente a _____

Caregiver/Familiare _____ Tel: _____

MEDICO:

Cognome e Nome _____

Tel: _____ Fax _____ e-mail _____

Timbro e firma medico:

Data di Compilazione: ____ / ____ / ____

Quadro Clinico: Patologie principali

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

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

Situazione Ambientale e sociale

Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza di barriere architettoniche
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<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"/> Si, indicare la data dell'ultima eseguita ____/____/____
Dialisi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <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

