



Besana in Brianza

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Domanda n°del.....

Domanda di Accoglimento al Centro Diurno Integrato "FONDAZIONE G. SCOLA ONLUS"

Via Cavour n. 27 -fraz. Brugora 20842 Besana in Brianza (MB)
Tel. 0362 / 917150 - Fax 0362 / 919331

Il/la sottoscritto/a

Nato/a il a Prov.....Stato civile

Residente a c.a.p.....Prov.....Via

Telefono Cod.fisc.....

Cod.sanitario.....A.S.L. appartenenza.....

CHIEDE

Di essere accolto/a in questo C.D.I.

Dichiara inoltre di conoscere ed accettare le condizioni relative all'accoglienza presso il C.D.I. di questa Struttura così come indicate nella Carta dei Servizi.

Firma Data

Questa domanda è presentata da:

In qualità di Residente a c.a.p.....Prov.....

Via n° telefono

Altri riferimenti da contattare in caso di assenza dell'utente o del suo rappresentante:

1. Nome e Cognome
Indirizzo
Telefono

2. Nome e Cognome
Indirizzo
Telefono

3. Nome e Cognome
Indirizzo
Telefono

Elenco del materiale occorrente:

- cambio completo indumenti
- sacchetto di stoffa
- 1 tuta (se occorre)
- pannoloni per incontinenza in uso
- un paio di pantofole (se occorre)
- farmaci da somministrare durante la giornata
- occorrente per l'igiene del cavo orale
- un pettine/spazzola

Firma per accettazione

Data

.....

.....

Per ulteriori informazioni rivolgersi **all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)**
Tel. 0362/91711 centralino
(lunedì-martedì-giovedì-venerdì-sabato ore 9,00/12,00 mercoledì ore 15,00/17,00).
e-mail ufficio.urp@fondazionegscolaonlus.com

SCHEDA SOCIALE

Compilazione a cura dell'utente, del suo rappresentante o dall'assistente sociale

SITUAZIONE FAMILIARE

	NO	SI
Assenza di figli/stato di solitudine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convivenza con familiari portatori di patologia psichiatrica, con disabilità grave e/o con problemi sociali di rilevanza comportamentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprovato stato di abbandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RETE ASSISTENZIALE

	NO	SI
Usufruisce di altri servizi socio-assistenziali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza domiciliare integrata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizio di assistenza domiciliare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza privata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volontariato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SITUAZIONE ABITATIVA

	NO	SI
Comprovato disagio abitativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenza di barriere architettoniche		<input type="checkbox"/>
Servizi igienici assenti		<input type="checkbox"/>
Abitazione non riscaldata		<input type="checkbox"/>
Abitazione isolata e non servita		<input type="checkbox"/>

Commenti eventuali

.....

.....

.....

Firma dell'utente, del suo rappresentante o dell'assistente sociale.....

SCHEDA SANITARIA

Compilazione a cura del medico curante

Patologia in atto

Apparato cardiocircolatorio

Malattia..... dal.....

Malattia dal.....

Apparato respiratorio

Malattia dal.....

Malattia..... dal.....

Apparato ematopoietico

Malattia..... dal.....

Malattia..... dal.....

Apparato endocrino

Malattia..... dal.....

Malattia dal.....

Apparato locomotore

Malattia..... dal.....

Malattia..... dal.....

Apparato urogenitale

Malattia..... dal.....

Malattia..... dal.....

Neoplasia

Malattia..... dal.....

Malattia..... dal.....

Sistema nervoso

Malattia..... dal.....

Malattia
..... dal.....

Depressione

Malattia.....dal.....

Malattia.....dal.....

Deterioramento cognitivo

Se presente definire: Grado.....

.....

Periodo di comparsa e andamento.....

.....

Anamnesi di orientamento.....

.....

Anamnesi di memoria.....

.....

Agitazione psicomotoria (specificare).....

.....

Apparato cutaneo

Malattia.....dal.....

Malattia.....dal.....

Funzioni sensoriali

NO

SI

Portatori di occhiali
Portatori di protesi acustiche

Vista

Malattia.....dal.....

Malattia dal.....

Udito

Malattia.....dal.....

Malattia dal.....

Linguaggio: se compromesso specificare e definire il periodo di comparsa.

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

Comprensione: se compromessa specificare e definire il periodo di comparsa.

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

Terapia in corso

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

Somministrazione farmaci

1. Tipo di farmaco.....

Somministrazione:

- Mattina
- Pomeriggio
- Sera

Ora di somministrazione.....
Ora di somministrazione.....
Ora di somministrazione.....

Via di somministrazione

2. Tipo di farmaco.....

Somministrazione:

- Mattina
- Pomeriggio
- Sera

Ora di somministrazione.....
Ora di somministrazione.....
Ora di somministrazione.....

Via di somministrazione.....

3. Tipo di farmaco.....

Somministrazione:

- Mattina
- Pomeriggio
- Sera

Ora di somministrazione.....
Ora di somministrazione.....
Ora di somministrazione.....

4. Tipo di farmaco.....

Somministrazione:

- Mattina
- Pomeriggio
- Sera

Ora di somministrazione.....
Ora di somministrazione.....
Ora di somministrazione.....

Via di somministrazione.....

5. Tipo di farmaco.....

Somministrazione

- Mattina
- Pomeriggio
- Sera

Ora di somministrazione.....
Ora di somministrazione.....
Ora di somministrazione.....

Via di somministrazione.....

6. Tipo di farmaco.....

Somministrazione:

- Mattina
- Pomeriggio
- Sera

Ora di somministrazione.....
Ora di somministrazione.....
Ora di somministrazione.....

Via di somministrazione.....

Commenti

.....

.....

.....

.....

.....

Si certifica che il/la Sig./ra.....è esente da malattie infettive o contagiose e che non presenta malattie psichiatriche che controindicano la vita in comunità.

Si richiede, inoltre, di comunicare se l'utente è in possesso dei seguenti accertamenti ematochimici:

- 1° Sierologia HIV
- 2° HBV-HBsAg
- 3° HCV -

In caso affermativo si chiede la documentazione sanitaria relativa agli esami, di cui sopra.

Data

Firma e timbro del medico curante

.....

.....

INDICE DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' QUOTIDIANE (ADL)

Nome e Cognome..... Data.....

Fare il bagno

- E' autonomo (necessita assistenza per lavarsi)
- Necessità di assistenza soltanto per la pulizia di una parte del corpo (schiena, gambe)
- Necessita di assistenza totale

Vestirsi

- Prende i vestiti e li indossa senza assistenza.
- Prende i vestiti e li indossa, ma necessita di assistenza per allacciarsi le scarpe
- Necessita di assistenza per prendere o indossare i vestiti o rimane parzialmente svestito.

Uso di servizi

- Va in bagno, si pulisce e si riveste autonomamente, eventualmente usando supporti (bastoni, stampelle); è in grado di usare la padella..
- Necessita di assistenza per recarsi in bagno e per le funzioni necessarie
- Non si reca in bagno per i bisogni corporali.

Mobilità

- Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza, eventualmente usando supporti.
- Compie le suddette se assistito
- Non si alza dal letto.

Continenza

- Controlla completamente feci ed urine
- Saltuaria incontinenza
- Necessita di sorveglianza, usa il catetere o è incontinente.

Alimentazione

- Si alimenta senza assistenza
- Necessita di assistenza solo per alcune operazioni (tagliare carne).
- Necessita di assistenza per alimentarsi, alimentato parzialmente o completamente per via enterale e parentale

SCALA DELLE ATTIVITA' STRUMENTALI QUOTIDIANE (IADL)

Nome e Cognome.....Data.....

Capacità di usare il telefono

- Usa il telefono in modo normale
- Compone solo numeri telefonici ben riconosciuti
- Risponde al telefono ma non è in grado di chiamare
- E' incapace di usare il telefono

Fare acquisti

- Fa tutte le proprie spese senza aiuto
- Fa solo piccoli acquisti senza aiuto
- E' completamente incapace di fare acquisti

Mezzi di trasporto

- Viaggia da solo con i mezzi pubblici o la propria auto
- Fa uso di taxi, ma non usa mezzi pubblici
- Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato
- Si sposta con taxi o auto solo con l'assistenza degli altri
- Non si sposta

Assunzioni di farmaci

- E' incapace di assumere correttamente le medicine
- Le assume solo se già preparate e separate
- Non è in grado di assumere le medicine da solo

Capacità di gestire denaro

- Gestire autonomamente le proprie finanze
- E' in grado di fare piccoli acquisti quotidiani
ma necessita di aiuto per quelli importanti
- E' incapace di gestire il denaro

MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI – Reg. UE
2016/679
(da compilare a cura di chi presenta la domanda)

Io sottoscritto/a _____, C.F. _____
nato a _____, il _____ e residente in _____
in qualità di interessato (*ospite capace di intendere e volere*)

oppure

Io sottoscritto/a _____, C.F. _____
nato a _____, il _____ e residente in _____
in qualità di tutore amministratore di sostegno altro (specificare:
_____)

di _____ (ospite)

nato a _____ il _____, C.F. _____
e residente in _____

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa resa da **FONDAZIONE G. SCOLA ONLUS** ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 inerente il trattamento dei dati conferiti mediante la compilazione della domanda di ammissione ed

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO

dei dati personali, sia comuni sia particolari (ex sensibili), per la finalità di presentazione della domanda di ammissione presso la struttura.

**Firma per consenso al trattamento
dell'interessato o di chi ne fa le veci**

Luogo e data _____
