

# Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 VAILATE (Cremona) - Via Caimi n. 21 - P.I. 00305030199

Tel. 0363-84020 – Fax 0363-340373 e.mail: [caimi@fondazionecaimi.it](mailto:caimi@fondazionecaimi.it) - [www.fondazionecaimi.it](http://www.fondazionecaimi.it)

## DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA

A.D.I. Assistenza Domiciliare Integrata in regime privatistico

### DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA (COMPLETI AI FINI ANCHE DELLA FATTURAZIONE)

Cognome								
Nome								
Data di nascita				Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Codice Fiscale								
N° Tessera Sanitaria								
Residenza attuale	Comune			Via			N°	
	CAP			Prov.				
Telefono #1				Telefono #2				
e-mail								
Medico Medicina Generale				Esenzione	_ _ _ _ _ _ _			

**Compilare solo qualora l'indirizzo di domicilio non coincida con la residenza**

Comune di domicilio \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_  
Via e n° \_\_\_\_\_

### DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA (COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

Cognome								
Nome								
Data di nascita				Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Codice Fiscale								
Residenza attuale	Comune			Via			N°	
	CAP			Prov.				
Telefono #1				Telefono #2				
e-mail								

# Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 VAILATE (Cremona) - Via Caimi n. 21 - P.I. 00305030199

Tel. 0363-84020 – Fax 0363-340373 e.mail: [caimi@fondazionecaimi.it](mailto:caimi@fondazionecaimi.it) - [www.fondazionecaimi.it](http://www.fondazionecaimi.it)

## CHIEDE

L'attivazione del servizio **A.D.I. Assistenza domiciliare integrata in regime privatistico** per le seguenti prestazioni:

Prestazioni socio sanitarie generiche				
Figura professionale	Orario feriale		Orario festivo	
ASA	mezz'ora	<input type="checkbox"/>	mezz'ora	<input type="checkbox"/>
	un'ora	<input type="checkbox"/>	un'ora	<input type="checkbox"/>
INFERMIERE	mezz'ora	<input type="checkbox"/>	mezz'ora	<input type="checkbox"/>
	un'ora	<input type="checkbox"/>	un'ora	<input type="checkbox"/>
FISIOTERAPISTA	mezz'ora	<input type="checkbox"/>	mezz'ora	<input type="checkbox"/>
	un'ora	<input type="checkbox"/>	un'ora	<input type="checkbox"/>

Prestazioni infermieristiche specifiche	
<input type="checkbox"/>	Prelievo venoso (con materiale)
<input type="checkbox"/>	Somministrazione dei medicinali intramuscolo / sottocute
<input type="checkbox"/>	Misurazione dei parametri vitali: temperatura, polso, arterioso, pressione arteriosa, atti respiratori, diuresi, peso corporeo, misure antropometriche
<input type="checkbox"/>	Bendaggio semplice
<input type="checkbox"/>	Medicazione semplice
<input type="checkbox"/>	Medicazione complessa
<input type="checkbox"/>	Esecuzione di vaccinazioni prescritte
<input type="checkbox"/>	Controllo ed assistenza delle stomie
<input type="checkbox"/>	Posizionamento di un catetere vescicale a permanenza
<input type="checkbox"/>	Assistenza corrente a un paziente sottoposto a dialisi Peritoneale
<input type="checkbox"/>	Raccolta sterile di un campione di urine nell'uomo e nella donna mediante cateterismo estemporaneo
<input type="checkbox"/>	Clistere (per ogni scopo)
<input type="checkbox"/>	Perfusione – incanalare una vena superficiale con ago o catetere corto
<input type="checkbox"/>	Perfusione in bolo

# Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 VAILATE (Cremona) - Via Caimi n. 21 - P.I. 00305030199

Tel. 0363-84020 – Fax 0363-340373 e.mail: [caimi@fondazionecaimi.it](mailto:caimi@fondazionecaimi.it) - [www.fondazionecaimi.it](http://www.fondazionecaimi.it)

<input type="checkbox"/>	Prelievo capillare e venoso del sangue o raccolta di liquidi biologici mediante esami estemporanei (es.: stick glicemici)
<input type="checkbox"/>	Esecuzione elettrocardiogramma (con materiale – senza lettura)
<input type="checkbox"/>	Raccolta sterile e non sterile di escreti o secreti

## Prestazioni specifiche non valorizzate su base oraria

### VALUTAZIONI / CONSULENZE MEDICHE

<input type="checkbox"/>	Valutazione geriatrica presso la Fondazione
<input type="checkbox"/>	Valutazione geriatrica in altri comuni
<input type="checkbox"/>	Valutazione geriatrica (con somministrazione di test) presso la Fondazione
<input type="checkbox"/>	Valutazione geriatrica (con somministrazione di test) in altri comuni
<input type="checkbox"/>	Valutazione neuropsicologica (con somministrazione di test)
<input type="checkbox"/>	Valutazione neurologica

## DICHIARA

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

- di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela): \_\_\_\_\_
- di essere altro care giver ( indicare legame con il richiedente: amico, conoscente, ...):  
\_\_\_\_\_

per le figure sopra citate **il richiedente dichiara** che le prestazioni richieste sono espressione della volontà del beneficiario della misura.

- di essere amministratore di sostegno del beneficiario  
(indicare estremi provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)
- di essere tutore del beneficiario  
(indicare estremi provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)
- di essere curatore del beneficiario  
(indicare estremi provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)

Luogo e data: \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_