

# Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 Vailate (Cremona) - Via Caimi, 21

Tel. 0363-84020 - Fax 0363/340373

E-mail: caimi@fondazionecaimi.it

P.I. 00305030199

<b>DOMANDA DI AMMISSIONE</b>
<b>CENTRO DIURNO INTEGRATO</b>

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ del/della sig./sig.ra

--

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (cap. \_\_\_\_\_)  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
stato civile \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
medico curante \_\_\_\_\_

## C H I E D E

P'ammissione al Centro Diurno Integrato di codesta Fondazione ed accetta sin da ora il pagamento della retta stabilita dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente e le sue successive variazioni, nonché eventuali rimborsi spese per trasporti di qualsiasi natura.

PRESENZA SETTIMANALE GG: \_\_\_\_\_

TRASPORTO: SOLO ANDATA  ANDATA E RITORNO   
SOLO RITORNO  MEZZO PROPRIO

SERVIZI: BAGNO SI  NO

Alleghiamo:

- questionario sanitario
- scheda sociale
- fotocopia tessera sanitaria
- fotocopia tessera di esenzione
- fotocopia carta d'identità
- fotocopia verbale di accertamento invalidità.

Altri recapiti telefonici (di famigliari o caregiver)

Cognome e nome	Grado di parentela	Numero telefonico

In ottemperanza alle disposizioni di cui al D. Lgs 30.06.2003, n. 196 e successive modificazioni ed integrazioni il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, acconsente al trattamento dei suoi dati personali e di quelli del suo famigliare.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

# Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 Vailate (Cremona) - Via Caimi, 21

Tel. 0363-84020 - Fax 0363/340373

E-mail: caimi@fondazionecaimi.it

P.I. 00305030199

Oggetto: Tutela della privacy D.Lgs 196/2003.

## INFORMATIVA

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.Lgs 196/03) che per poter accettare la domanda di ricovero e dar corso all'assistenza del/della:

Sig./ra \_\_\_\_\_

questa amministrazione necessita di conoscere i dati personali e sulla salute dell'interessato ed anche i dati personali riguardante i famigliari o persone cui fare riferimento per la tutela.

I dati personali da Lei forniti a questa Fondazione, ovvero altrimenti acquisiti dalla medesima nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, inerenti, connessi e/o strumentali ai servizi assistenziali/sanitari offerti, formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria, ma ricordiamo che la Fondazione non può prescindere, nell'espletamento dei suoi compiti di tutela sanitaria e nell'esecuzione delle procedure amministrative, dall'acquisire direttamente da Lei o tramite altra documentazione medica in Suo possesso o tramite accertamenti o visite, tutti i dati relativi alla persona interessata al ricovero, ritenuti utili ai fini clinici. In mancanza del conferimento di dati, la Fondazione non può accogliere la richiesta di prestazione dei servizi.

Per i dati necessari e sufficienti, sarà fatta comunicazione di esse all'interno della Fondazione a tutto il personale incaricato, ed all'esterno della Fondazione, a:

- ASL, Regione Lombardia Assessorati competenti, Assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative. Si precisa che la sopra citata elencazione è da ritenersi indicativa e non esclusiva.

Per ulteriori garanzie, La informiamo che:

- tutto il personale è stato informato ed informato al rispetto del D.Lgs.196/03.
- in relazione ai predetti trattamenti potrete esercitare tutti i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs.196/03, tra cui in particolare, il diritto di conoscere i Vostri dati personali registrati, ottenerne la cancellazione quando consentito dalla legge, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, opporVi a trattamenti specifici;
- il Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore Generale della Fondazione Ospedale Caimi Onlus.

In particolare, ai sensi dell'art.81 ed 82 del D.Lgs.196/03, che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere la sua volontà nella formula qui di seguito scritta.

Il Direttore Generale  
Dott. Paolo Regonesi

Il Presidente  
P.I. Sig. Mario Berticelli

## CONSENSO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di:  Coniuge  Figlio/a  Fratello/Sorella  
 Nipote  Tutore  Curatore  (altro specificare) \_\_\_\_\_

dichiara di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili della persona interessata al ricovero e dei propri.

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

# Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 Vailate (Cremona) - Via Caimi, 21

Tel. 0363-84020 - Fax 0363/340373

E-mail: caimi@fondazionecaimi.it

P.I. 00305030199

## SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICA

Signor/a \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice fiscale \_\_\_\_\_

Cod. sanitario \_\_\_\_\_ Invalido \_\_\_\_\_ % con accompagnamento  SI  NO  IN ATTESA

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Medico di famiglia Dott. \_\_\_\_\_ Medico curante Dott. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (C.I.R.S.)

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| 1)  | Patologia cardiaca (solo cuore)<br>diagnosi _____   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 2)  | Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)<br>diagnosi _____                                       | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 3)  | Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)<br>diagnosi _____  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 4)  | Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)<br>diagnosi _____   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 5)  | O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)<br>diagnosi _____  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 6)  | Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)<br>diagnosi _____   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 7)  | Apparato G.I. inferiore (intestino, ernia)<br>diagnosi _____  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 8)  | Patologie epatiche (solo fegato)<br>diagnosi _____  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 9)  | Patologie renali (solo rene)<br>diagnosi _____  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 10) | Altre patologie Genito-Urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)<br>diagnosi _____  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 11) | Sistema muscolo-scheletrico, cute (muscolo, scheletro, legamenti)<br>diagnosi _____   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 12) | Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza)<br>diagnosi _____  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 13) | Endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, stadi tossici)<br>diagnosi _____   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 14) | Psichiatrico-comportamentali<br>(la diagnosi e la gravità vanno indicati sul retro nel quadro riservato all'analisi dei disturbi comportamentali) |  |

#### LEGENDA:

- |                 |   |
|-----------------|---|
| (1) ASSENTE     | Nessuna compromissione d'organo/sistema                                     |
| (2) LIEVE       | La compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività |
| (3) MODERATO    | La compromissione d'organo/sistema produce disabilità                       |
| (4) GRAVE       | La compromissione d'organo/sistema produce disabilità                       |
| (5) MOLTO GRAVE | La compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza     |

# Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 Vailate (Cremona) - Via Caimi, 21

Tel. 0363-84020 - Fax 0363/340373

E-mail: [caimi@fondazionecaimi.it](mailto:caimi@fondazionecaimi.it)

P.I. 00305030199

## Valutazione sintetica dello stato di salute in relazione alla severità clinica e comorbidità

2 nessuna/lieve compromissione       4 moderata compromissione       5 grave compromissione

## PATOLOGIA-TERAPIA IN ATTO

## Items tratti dalla scala "BASIC ACTIVITIES OF DAILY LIVING" (Valutazione funzionale di Barthel)

### MOBILITA' / DEAMBULAZIONE

	Nessun deficit	deficit lieve	deficit moderato	deficit grave	deficit molto grave
Igiene personale	<input type="checkbox"/>				
Alimentazione	<input type="checkbox"/>				
Spostamenti sedia-letto	<input type="checkbox"/>				
Deambulazione o in alternativa	<input type="checkbox"/>				
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>				

### Valutazione sintetica del grado di compromissione della mobilità/deambulazione

(8) Nessuna/lieve compromissione       (16) moderata compromissione       (32) grave compromissione

## Cognitività e comportamento: scala di Gottfries - Brane - Steene (CGS)

Sintomatologia	assente	lieve	moderata	grave	
Confusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie psichiatrico/comportamentali (14° item CIRS demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)					
Diagnosi _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

### Valutazione sintetica della gravità del disturbo cognitivo e comportamentale

(4) Nessuna/lieve compromissione       (6) moderata compromissione       (16) grave compromissione

## Altre condizioni di rilevanza clinica

- Lesioni da decubito
- Catetere urinario a permanenza
- Stomi:  ureterostomia       colostomia       tracheostomia       altro \_\_\_\_\_
- Insufficienza respiratoria       ossigeno terapia al bisogno       ossigeno terapia continua       ventilatore
- Alimentazione artificiale       SNG (sond.nasogastrico)       PEG       NPT  
(nutriz.parant.totale)
- Diabete insulino-dipendente
- Insufficienza renale       emodialisi       dialisi peritoneale
- Altro \_\_\_\_\_

## ANAMNESI PATOLOGICA RECENTE - NOTE - CONDIZIONE IGIENICO SANITARIA

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico  
\_\_\_\_\_

# Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 Vailate (Cremona) - Via Caimi, 21

Tel. 0363-84020 - Fax 0363/340373

E-mail: caimi@fondazionecaimi.it

P.I. 00305030199

<b>SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE PER L'ACCESSO AL CENTRO DIURNO INTEGRATO</b>	<b>DATA:</b>
---	--------------

<b>OPERATORE REFERENTE:</b>	<b>TEL.:</b>
-----------------------------	--------------

## Dati anagrafici e composizione familiare

### Utente

Nome e cognome ..... Sesso:  F  M

Data di nascita .....

Stato civile .....

Residenza (via, n. civico, località) .....

Telefono .....

Domicilio (se diverso dalla residenza) .....

Codice Fiscale ..... Tessera sanitaria .....

Invalidità .....% Indennità di accompagnamento  Si  No  In corso

Esenzioni ticket .....

Beneficia di ausili (ad es. carrozzina, deambulatore, pannoloni, sacche per urina, ecc.) .....

### Richiedente

Nome e cognome ..... Sesso:  F  M

Residenza (via, n. civico, località) .....

Telefono .....

Grado di parentela .....

### Altri familiari o referenti

Nome e cognome ..... Sesso:  F  M

Residenza (via, n. civico, località) .....

Telefono .....

Grado di parentela .....

Nome e cognome ..... Sesso:  F  M

Residenza (via, n. civico, località) .....

Telefono .....

Grado di parentela .....



**2. Situazione abitativa**

Indicare eventuali caratteristiche dell'abitazione che rendono difficoltosa l'assistenza all'anziano a domicilio (ad es. isolata e poco servita, sovraffollamento, barriere architettoniche, ecc.)

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

**3. Vita di relazione**

L'anziano ha relazioni esclusivamente all'interno del proprio nucleo familiare

L'anziano ha relazioni all'interno e all'esterno del proprio nucleo familiare

Osservazioni:

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

**4. Utilizzo dei servizi**

4.a Negli ultimi 12 mesi l'anziano ha usufruito di prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie?

4.a.1 Se sì, quali:

		<u>Tipo di prestazione</u>	<u>Frequenza</u>
Assistenza domiciliare	<input type="checkbox"/>	.....	.....
		.....	.....
Assist. Domiciliare integrata	<input type="checkbox"/>	.....	.....
		.....	.....
Telesoccorso	<input type="checkbox"/>	.....	.....
		.....	.....
Segretariato sociale	<input type="checkbox"/>	.....	.....
		.....	.....
I.D.R. / C.R.A.	<input type="checkbox"/>	.....	.....
		.....	.....
Centro diurno integrato	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Altro, specificare		.....	.....
		.....	.....

Tali prestazioni sono ritenute adeguate alle esigenze assistenziali dell'anziano? Se no, perché?

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

4.a.2 Se no perché:

nessun bisogno

domanda non evasa  Specificare la prestazione richiesta e il servizio a cui ci si è rivolti:

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

problemi economici

Osservazioni:

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

**5. Rete di intervento**

	<i>Attività</i>	<i>Frequenza</i>
Assistente privata ad ore	.....	.....
	.....	.....
Badante	.....	.....
	.....	.....
Vicini di casa	.....	.....
	.....	.....
Volontari	.....	.....
	.....	.....
Altro (specificare)	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

Osservazioni:

.....  
.....

**Altre osservazioni o segnalazioni**

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

Data \_\_\_\_\_ Firma e timbro dell'Assistente Sociale \_\_\_\_\_