



FONDAZIONE OPERE PIE RIUNITE DI CODOGNO ONLUS

Via Ugo Bassi, 37/39 26845 Codogno (LO)

Tel. 0377- 431101- 431647 Fax 0377-431121

E mail info@operepiecodogno.org

www.operepiecodogno.org

MODULO DI RICHIESTA CENTRO DIURNO INTEGRATO

Generalità dell'interessato (soggetto per cui si chiede il ricovero)

Il sottoscritto/a _____ M F

stato civile _____ cittadinanza _____ Asl resid _____

nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

residente a _____ (_____)

in Via _____ n. _____

telefono n° _____

CHIEDE

- l'ammissione al Centro Diurno Integrato per Anziani, situato in Codogno, presso la Fondazione Opere Pie Riunite di Codogno – Onlus a partire dal

- di poter frequentare il C.D.I.:

PER 5 GIORNI ALLA SETTIMANA

dalle ore 8,30 alle ore 16,30 con una retta di € 24,00

dalle ore 8,30 alle ore 20,00 con una retta di € 28,50

PER 3 GIORNI ALLA SETTIMANA (specificare i giorni)

dalle ore 8,30 alle ore 16,30 con una retta di € 24,00

dalle ore 8,30 alle ore 20,00 con una retta di € 28,50

FREQUENZA FINO A 4 ORE COMPRESO IL PRANZO

dalle ore _____ alle ore _____ con una retta di € 13,00

RIMBORSO FORFETTARIO MENSILE PER TRASPORTO

residenti a Codogno € 10,00

residenti extra Codogno € 15,00



FONDAZIONE OPERE PIE RIUNITE DI CODOGNO ONLUS

Via Ugo Bassi, 37/39 26845 Codogno (LO)

Tel. 0377- 431101- 431647 Fax 0377-431121

E mail info@operepiecodogno.org

www.operepiecodogno.org

L'eventuale variazione di tipologia di frequenza dovrà essere comunicata con anticipo alla coordinatrice del CDI e avrà decorrenza a partire dal mese successivo.

Forme di tutela : **Nessuna** **Amm.di Sostegno** **Curatore** **Tutore**

Medico Medicina Generale Dott. _____

Persone di riferimento:

| | | |
|--------------------|----------------|----------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| grado di parentela | cognome e nome | telefono |

Servizi usufruiti a domicilio

- Badante a tempo parziale _____
- Badante a tempo pieno _____
- Servizi Sociali Territoriali (SAD Telesoccorso Pasti) _____
- Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI, Voucher ecc....) _____

(Firma dell'interessato o familiare)



FONDAZIONE OPERE PIE RIUNITE DI CODOGNO ONLUS

Via Ugo Bassi, 37/39 26845 Codogno (LO)

Tel. 0377- 431101- 431647 Fax 0377-431121

E mail info@operepiecodogno.org www.operepiecodogno.org

.....sottoscrtt..... ricevuta l' informativa sull' utilizzazione dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs.196 del 30/06/2003 ,acconsente al loro trattamento nella misura necessaria per permettere l' attivazione del servizio richiesto .

Consente anche, nel caso di pagamento della quota con addebito in conto corrente bancario, che i dati relativi siano comunicati alla Banca o Istituto di Credito segnalato e da questi trattati nella misura necessaria all' adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.

(Firma dell' interessato o familiare)



SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PER IL CENTRO DIURNO INTEGRATO

Cognome e Nome: _____

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

QUADRO CLINICO: PATOLOGIE PRINCIPALI

| INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS) | DIAGNOSI | Assente | Lieve | Moderata | Grave | Molto Grave |
|---|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ipertensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fegato (solo fegato) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rene (solo rene) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; <i>non include la demenza</i>) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Direttore Sanitario: Dott. Mauro Ferni

Stato mentale e comportamentale
(include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

ALLERGIE : Non note NO SI: _____

RICOVERI OSPEDALIERI (ultimo anno con allegata documentazione) NO Si

VISITE SPECIALISTICHE (ultimo anno con allegata documentazione) NO Si

ASPETTI CLINICO – FUNZIONALI

| | |
|---|---|
| Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle) | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità 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 <input type="checkbox"/> immobilità a letto |
| Utilizzo ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle) | <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro |
| Autonomia igiene e cura personale | <input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale |
| Autonomia nell'uso dei servizi igienici | <input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale |
| Incontinenza urinaria | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Catetere vescicale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultimo posizionamento: / / |
| Presidi assorbenti | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Nefro /urostomia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Incontinenza fecale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:..... |
| Ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua |
| Lesioni da pressione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede: Stadio (NPUAP) : <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV |



| | | |
|---|--|--------------------------------|
| Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: | |
| Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Numero cadute nell'anno: |

DEFICIT SENSORIALI

| | | | |
|-----------|---|----------------------|---|
| Ipoovisus | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Cecità assoluta | <input type="checkbox"/> SI |
| Ipoacusia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Corretta con protesi | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| | | Sordità assoluta | <input type="checkbox"/> SI |

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

| | | | |
|--|--|---|---|
| Deficit di memoria | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Disorientamento | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale |
| Disturbi del linguaggio e della comunicazione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | di che tipo: | |
| Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Deflessione del tono dell'umore | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Deliri | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Allucinazioni | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Aggressività | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> fisica | <input type="checkbox"/> verbale |
| Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia | |
| Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | di che tipo: | |
| Etilismo/potus | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso | |
| Dipendenza gioco | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, | di che tipo: | |

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

| | |
|------------------------------|---|
| Autonomia nell'alimentazione | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento |
|------------------------------|---|



FONDAZIONE OPERE PIE RIUNITE DI CODOGNO - ONLUS
Residenza Sanitaria Assistenziale - Nucleo Alzheimer - Centro Diurno Integrato
Via Ugo Bassi, 39 26845 Codogno (LO) Tel 0377/431101 - 431647 - Fax 0377/30971
http:// www.operepiecodogno.org - e mail : medici-ipab-codogno@libero.it
Direttore Sanitario: Dott. Mauro Ferni



| | |
|--|---|
| <p>Cognome e Nome del medico curante:</p> <p>.....</p> <p>Recapito.....</p> <p>tel.diretto.....</p> <p>e-mail diretta:</p> <p>..... @</p> | <p>Timbro e firma del medico curante</p> |
|--|---|

Data di compilazione: _____ / _____ / _____