



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 € 26,00
dalle ore 8,30 alle ore 20,00 con una retta di € 30,50

PER 3 GIORNI ALLA SETTIMANA (specificare i giorni)

dalle ore 8,30 alle ore 16,30 con una retta di € 26,00
dalle ore 8,30 alle ore 20,00 con una retta di € 30,50

FREQUENZA FINO A 4 ORE COMPRESO IL PRANZO

dalle ore _____ alle ore _____ con una retta di € 15,00

RIMBORSO FORFETTARIO MENSILE PER TRASPORTO

residenti a Codogno € 20,00
residenti extra Codogno € 25,00



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"/>
Iperensione (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: _____ / _____ / _____