



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



Direttore Sanitario: Dott. Mauro Ferni

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

<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

Ipovisus	<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](http://www.operepiecodogno.org) - e mail : [medici-ipab-codogno@libero.it](mailto:medici-ipab-codogno@libero.it)  
Direttore Sanitario: Dott. Mauro Ferni



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

Data di compilazione: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_