Alla Fondazione
Ospedale della Carità – Centro Servizi per Anziani ETS
Via Marconi n.1
26011 CASALBUTTANO E UNITI (CR)
E-mail: ospiti@rsacasalbuttano.eu

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. di ____) il ___/___/_____ residente a _____ in via _____ _____ n.___ Codice Fiscale _____ recapito telefonico _____/_____, indirizzo e-mail _____ in qualità di (grado di parentela) _____ del/della Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ (prov. di ____) il ___/___/_____ residente a _____ in via _____ _____ n.___ Codice Fiscale _____

CHIEDE

per il proprio congiunto la frequenza del Centro Diurno Integrato presso Fondazione Ospedale della Carità ETS di Casalbuttano e Uniti.

Ai fini della valutazione della richiesta si allega la **scheda sanitaria** compilata dal Medico Curante (completa di patologie e terapia) e la **scheda di valutazione sociale**. Il/La sottoscritto/a accetta come insindacabile il giudizio di merito che sarà comunicato in sintesi positiva o negativa sull'ammissione della presente richiesta.

Documentazione da allegare:

- *Carta d'identità del richiedente e dell'interessato*
- *Allegato 1) Relazione sanitaria compilata e firmata dal medico curante*
- *Allegato 2) Scheda di valutazione sociale*
- *Informativa privacy / consenso trattamento dei dati*

IL RICHIEDENTE

Data _____ _____

Questo documento è di proprietà di Fondazione Ospedale della Carità – Centro Servizi per Anziani ETS e non potrà essere riprodotto senza autorizzazione scritta della medesima

ALLEGATO 1) RELAZIONE SANITARIA

A cura del □ MEDICO MEDICINA GENERALE / □ MEDICO della STRUTTURA OSPITANTE

Sig./Sig.ra _____
Data e luogo di nascita _____
Codice Fiscale _____
Esenzioni _____
Data di compilazione _____
Patologie _____
_____
_____
_____
_____

TERAPIA FARMACOLOGICA:

Farmaco	Dosaggio	Posologia

ALLERGIE AI FARMACI: □ Sì □ No
Se si, quali: _____

ALTRI TRATTAMENTI:

Emotrasfusione	□ NO	□SÌ	Tipo_____
Dialisi	□ NO	□SÌ:	□ Emodialisi □ Dialisi peritoneale
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc.) _____			

GESTIONE DELLA TERAPIA:
□ Autonomo
□ Con aiuto
□ Totalmente dipendente

NOTIZIE ANAMNESTICHE SIGNIFICATIVE:
_____
_____
_____

LA PERSONA HA EFFETTUATO LE SEGUENTI VACCINAZIONI:

☐ INFLUENZA: ☐ Sì ☐ No Data Vaccinazione: _____
☐ ANTIPNEUMOCOCCICA: ☐ Sì ☐ No Data Vaccinazione: _____
☐ SARS COV 2: ☐ Sì ☐ No Data Ultima Vaccinazione: _____
N. dosi somministrate: _____

☐ ALTRO _____
_____

DEFICIT SENSORIALI:

Ipovisus	☐ NO ☐ SÌ	Cecità assoluta ☐ SÌ
Ipoacusia	☐ NO ☐ SÌ	Corretta con protesi ☐ NO ☐ SÌ Sordità assoluta ☐ SÌ

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI:

Stato di coscienza alterato	☐NO ☐SÌ ☐ Soporoso ☐ Coma/stato vegetativo (GCS: ____ /15)	
Diagnosi di demenza nota	☐NO ☐SÌ, QUALE _____	
Deficit di memoria	☐NO ☐SÌ	Disorientamento: ☐NO ☐SÌ: ☐Temporale ☐Spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	☐NO ☐SÌ, di che tipo: _____	
Crisi d'ansia / attacchi di panico Frequenza _____	☐NO ☐SÌ	Deflessione del tono dell'umore: ☐NO ☐SÌ
Deliri	☐NO ☐SÌ	Allucinazioni ☐NO ☐SÌ
Aggressività	☐NO ☐SÌ: ☐Fisica ☐Verbale	
Disturbi del sonno	☐NO ☐SÌ ☐Inversione ritmo sonno-veglia	
Vagabondaggio /affaccendamento	☐NO ☐SÌ	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga ☐NO ☐SÌ
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	☐NO ☐SÌ, di che tipo:	
Etilismo/potus	☐NO ☐SÌ: ☐Attuale ☐Pregresso	
Tabagismo	☐NO ☐SÌ: ☐Attuale ☐Pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	☐NO ☐SÌ: ☐Attuale ☐Pregresso Di che tipo: _____	

Dipendenza gioco	☐NO ☐SÌ, di che tipo: _____
Tentato suicidio ☐NO ☐SÌ: indicare la data: _____ / _____ / _____ In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici ☐NO ☐SÌ: _____	
Eventuali note e osservazioni:	

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE:

Autonomia nell'alimentazione	☐ Senza aiuto/sorveglianza ☐ Necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) ☐ Necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento		
Edentulia	☐NO ☐SÌ	Protesi: ☐ Inferiore ☐ Superiore Scheletrato: ☐ Inferiore ☐ Superiore	
Rifiuto del cibo	☐NO ☐SÌ		
Disfagia	☐NO ☐SÌ	Cibi frullati o omogeneizzati: ☐NO ☐SÌ Addensanti: ☐NO ☐SÌ	
Dieta specifica	☐NO ☐SÌ, di che tipo: _____ _____		
Alimentazione enterale	☐NO ☐SÌ: ☐PEG ☐SNG	Alimentazione parenterale	☐NO ☐SÌ: ☐Periferica ☐Centrale
Peso corporeo: _____ kg		Altezza: _____ cm	
Intolleranze/Allergie	☐Non note ☐NO ☐SÌ: di che tipo: _____ _____		

SCALA BARTHEL:

Attività	Punteggio	
Alimentazione	0	dipendente
	5	necessita di assistenza (es: tagliare il cibo)
	10	indipendente
Vestirsi / Svestirsi	0	dipendente
	5	necessita aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole
	10	indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni

Igiene personale	0	dipendente
	5	si lava la faccia e i denti, si pettina, si rade (inserisce la spina del rasoio)
Fare il bagno / doccia	0	dipendente
	5	indipendente
Controllo sfinterico intestinale	0	incontinente
	5	occasionali incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Controllo sfinterico vescicale	0	incontinente
	5	occasionali incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Spostamenti Trasferimento sedia-letto	0	dipendente, non ha equilibrio da seduto
	5	in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi
	10	minima assistenza e supervisione
	15	indipendente
Utilizzo della toilette	0	dipendente
	5	necessita qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica
	10	indipendente con l'uso del bagno o della padella
Mobilità Deambulazione su terreno piano	0	immobile
	5	indipendente con la carrozzina per > 45m
	10	necessita aiuto per > 45m
	15	indipendente per > 45m (può usare ausili, es. bastone, ma non girello)
Salire o scendere le scale	0	dipendente
	5	necessita di aiuto o supervisione
	10	indipendente, può usare ausili
PUNTEGGIO _____/100		

ASSISTENZA RESPIRATORIA:

□ Nessuna
□ Ossigenoterapia □Sì □No Flusso (litri/minuto): _____ Per quante ore/die _____
□ Tracheotomia □Sì □No
□ Ventilazione meccanica non invasiva □Sì □No
□ Ventilazione meccanica invasiva □Sì □No

LESIONI CUTANEE:

□ Sì □ No
Se sì, specificare:
□ Lesioni da decubito: Sede _____
Stadio _____
□ Altro: _____ Sede _____
Stadio _____

MINZIONE ED EVACUAZIONE:

- Utilizzo presidi assorbenti per incontinenza □Sì □NO
- Portatore di catetere vescicale □Sì □NO
- Ileostomia / Colostomia □Sì □NO

La persona è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità? □Sì □NO

INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

Indicare l'indice di severità:
[1] assente [2] lieve [3] moderato [4] grave [5] molto grave

1. Patologie cardiache (solo cuore)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. Ipertensione (si valuta la severità,gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza,sistema linfatico)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. Patologie respiratorie (a partire dalla laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso,gola, laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. Apparato G.L. superiore (esofago, stomaco,duodeno,albero biliare, pancreas)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. Apparato G.L. inferiore (intestino, ernie)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. Patologie epatiche (solo fegato)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. Patologie renali (solo rene)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10. Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. Sistema muscolo-scheletrico-cute	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico: non include la demenza)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. Patologie endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi,stati tossici)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. Patologie psichiatriche-comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Indice di severità _____	Indice di comorbilità _____

Data _____ / _____ / _____ Firma e timbro del medico _____

Medico curante Dott./Dott.ssa _____
Recapito Telefonico _____
Recapito Email _____

ALLEGATO 2) SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO IN CENTRO DIURNO:
□ solitudine
□ stato di salute
□ difficoltà assistenziali da parte dei familiari

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI:
□ Tutore
□ Curatore
□ Amministratore di Sostegno
□ Ha in corso la pratica per la nomina di (specificare) _____

SITUAZIONE CONOSCIUTA DA ASSISTENTE SOCIALE?
□ No
□ Sì (specificare nome, cognome ed Ente) _____

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI:
□ Nessuno
□ Cure Domiciliari
□ RSA Aperta
□ Centro Diurno
□ SAD
□ Assistente Familiare (c.d. badante)
□ altro (specificare) _____

SITUAZIONE ABITATIVA:
Attualmente la persona vive:
□ solo
□ con parente _____
□ con assistente familiare (c.d. badante)
□ in altra struttura
□ altro (specificare) _____

SERVIZIO TRASPORTO: in caso di accesso al Centro Diurno di Fondazione:
□ si provvederà autonomamente al trasporto
□ che sarà necessario attivare il servizio di trasporto di Fondazione e/o del Comune di Casalbuttano ed Uniti

Come siete venuti a conoscenza dei servizi offerti dalla nostra Fondazione (è possibile dare più risposte)?
□ Abitiamo in zona e conoscevamo la vostra realtà
□ Siamo già stati vostri utenti/clienti
□ Siamo stati consigliati da parenti/amici
□ Siamo stati consigliati dal medico di famiglia / medico dell'ospedale
□ Abbiamo cercato in internet delle possibili soluzioni al nostro bisogno
□ Abbiamo consultato il vostro sito istituzionale
□ Altro (indicare) _____