

Data: ____ / ____ / 20__

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO I CDI
ATS DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Numero documento di identità _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Esenzione _____

ATS di appartenenza _____ Distretto _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Se residente a Milano, zona di appartenenza: _____

Recapito Telefonico _____

Cittadinanza _____

Religione _____

Compilare solo se occorre

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in _____ CAP _____

Via / Corso _____

- Se cittadino extracomunitario: Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO IL CDI)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____ @ _____ . _____

Altri riferimenti: _____

In qualità di _____

FREQUENZA SETTIMANALE RICHIESTA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un giorno | <input type="checkbox"/> Mezza giornata |
| <input type="checkbox"/> Due giorni | <input type="checkbox"/> Giornata intera |
| <input type="checkbox"/> Tre giorni | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Quattro giorni | |
| <input type="checkbox"/> Cinque giorni | |
| <input type="checkbox"/> Sei giorni | |
| <input type="checkbox"/> Sette giorni | |

SERVIZIO DI TRASPORTO

- andata ritorno non richiesto

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

CON CHI VIVE
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti:
<input type="checkbox"/> Badanti Presenza:
<input type="checkbox"/> Altro:

TUTELA
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: <input type="checkbox"/> Altro:
Nome e Cognome AdS/Tutore:
Qualifica: <input type="checkbox"/> Familiare: <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)
Recapiti:

SITUAZIONE ABITATIVA
<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche <input type="checkbox"/> Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto:
<input type="checkbox"/> Presenza ascensore <input type="checkbox"/> Presenza servizi portierato

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente:

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI
<input type="checkbox"/> Direttamente <input type="checkbox"/> Assistente Sociale <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante) <input type="checkbox"/> Medico specialista <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Associazioni / Altro

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CODICE FISCALE/TESSERA SANITARIA

Ai sensi del D.Lgs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione / informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

FIRMA DEL RICHIEDENTE: _____

PARTE DA COMPILARE INSIEME AD UN OPERATORE DEL CDI

Cognome e Nome Ospite _____

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Non dichiarato
- Altro: _____

- Fratelli (N:)
- Sorelle (N:)

- Figli (N:)
- Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc.
- Reversibilità

- In attesa di invalidità
- Invalidità

↳ Codice: _____

↳ Percentuale: _____ %

↳ Indennità accompagnamento

SI NO

in attesa di accompagnamento

LIVELLO DI ISTRUZIONE

- Nessuno
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiori in _____

Laurea in: _____

Altro: _____

PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO

- Casalinga
- Agricoltore
- Operaio, ambito _____
- Impiegato, ruolo _____
- Artigiano, ambito _____
- Insegnante, in _____
- Imprenditore, ambito _____
- Libero Professionista, _____
- Altro _____

RICHIESTA DI INSERIMENTO (CDI WEB)

- Assistente sociale
- Familiare/affine
- MMG
- Medico ospedaliero/specialista
- Propria
- Soggetto civilmente obbligato

MOTIVAZIONE INSERIMENTO (CDI WEB)

- Alloggio non idoneo
- Altra motivazione sociale
- Insufficiente supporto familiare
- Perdita autonomia (decorso degenerativo)
- Solitudine
- Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)

PROVENIENZA (CDI WEB)

- Dal domicilio
- Da istituto di ricovero per acuti
- Da struttura sociale
- Da istituto di riabilitazione
- (compresi ex drg 5000/2007)
- Da CSS
- Da RSA
- Da RSD
- Altro: _____

TIPOLOGIA DI POSTO (CDI WEB)

- Autorizzato
- Accreditato
- Accreditato e contrattualizzato

SERVIZI SOCIO SANITARI

Servizi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

Servizi sociali territoriali _____

Assistente sociale: _____

Recapiti: _____

Tipo di servizi usufruiti: _____

Custode sociale – Portierato Sociale _____

ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____

RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) _____

RSA Aperta _____

CPS (Centro Psico Sociale) _____

Associazioni di volontariato _____

Altro (ad esempio: telesoccorso, etc.) _____

ANALISI DEI BISOGNI

↳ **Bisogni di tipo sociale**

- socializzazione per condizione di solitudine
 - arricchimento rete sociale
 - supporto familiare per problematiche di tipo sociale
 - supporto familiare per difficoltà di tipo relazionale
- _____
- _____

↳ **Bisogni di tipo sanitario**

- somministrazione terapia farmacologica
 - interventi medico-infermieristici
 - attività di riattivazione/stimolazione funzionale (motoria/cognitiva)
- _____
- _____

↳ **Bisogni di tipo assistenziale**

- elevato carico assistenziale al domicilio
 - disturbi del comportamento /disturbi di tipo psichiatrico
- _____
- _____

↳ **Eventuale attivazione di servizi all'interno della rete**

Data: ____ / ____ / 20__ Firma del compilatore _____

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO I CDI
ATS DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1-7 (MILANO E AREA NORD)**

La scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in tutti i Centri Diurni Integrati ubicati nel territorio di Milano e Area Nord (Distretti 1 – 7). Il suo obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso il CDI.

La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

Cognome e Nome

Data di nascita/ / **luogo di nascita**

QUADRO CLINICO

PATOLOGIE PRINCIPALI

.....

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE (IN ATTO)

.....

INTERVENTI CHIRURGICI PREGRESSI

.....

RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

.....

ASPETTI CLINICO – FUNZIONALI (* È possibile barrare più caselle)

Autonomia nel movimento*	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per la mobilizzazione in carrozzina/poltrona <input type="checkbox"/> necessita dell'uso del sollevatore
Utilizzo ausili per la deambulazione*	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> altro.....
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<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
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (includere ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:

Cadute ricorrenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Specificare:
-------------------	---

DEFICIT SENSORIALI

Ipovisione/cecità	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Specificare:
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi

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"/> 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	<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 di 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	
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che tipo:	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data:/...../.....	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	
Eventuali note e osservazioni:		

EVENTUALI TERAPIE OCCASIONALI/AL BISOGNO (SPECIFICARE L'INDICAZIONE)

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

ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI E/O EVENTUALI APPROFONDIMENTI:

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

Nome e Cognome medico curante:	Timbro e firma del medico curante
.....	
Recapito	
.....	
.....	
.....	
.....	
tel. diretto.....	
.....	
fax	
.....	
e-mail diretta:	
.....@.....	

Data di compilazione: / / 20.....