

**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

- | | |
|---|--|
| ☐ Un giorno | ☐ Mezza giornata |
| ☐ Due giorni | ☐ Giornata intera |
| ☐ Tre giorni | ☐ _____ |
| ☐ Quattro giorni | |
| ☐ Cinque giorni | |
| ☐ Sei giorni | |
| ☐ Sette giorni | |

SERVIZIO DI TRASPORTO

- ☐
- andata
- ☐
- ritorno
- ☐
- non richiesto

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

CON CHI VIVE
☐ Solo ☐ Coniuge ☐ Figli ☐ Altri parenti: _____ _____ ☐ Badanti Presenza: _____ _____ ☐ Altro: _____ _____ _____

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

SITUAZIONE ABITATIVA
☐ Presenza barriere architettoniche ☐ Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto: _____ ☐ Presenza ascensore ☐ Presenza servizi portierato

CONVENZIONE
☐ NO ☐ SI, con il seguente ente: _____ _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI
☐ Direttamente ☐ Assistente Sociale ☐ Medico di Medicina Generale (medico curante) ☐ Medico specialista _____ ☐ Passaparola ☐ Pubblicità ☐ Eventi/manifestazioni ☐ Internet ☐ 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.L.gs.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*	☐ senza aiuto/sorveglianza ☐ utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento ☐ necessita di aiuto costante per la deambulazione ☐ necessita di aiuto per la mobilizzazione in carrozzina/poltrona ☐ necessita dell'uso del sollevatore
Utilizzo ausili per la deambulazione*	☐ bastone ☐ deambulatore / girello ☐ carrozzina ☐ altro.....
Incontinenza urinaria	☐ NO ☐ SI
Catetere vescicale	☐ NO ☐ SI

Incontinenza fecale	☐ NO ☐ SI ☐ Stomia, sede:
Ossigenoterapia	☐ NO ☐ SI: ☐ continua ☐ discontinua
Tracheostomia	☐ NO ☐ SI
Lesioni da pressione	☐ NO ☐ SI Sede:Stadio: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV Sede:Stadio: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
Altre lesioni cutanee (includere ferite chirurgiche)	☐ NO ☐ SI, sede:

Cadute ricorrenti	☐ NO ☐ SI Specificare:
-------------------	--

DEFICIT SENSORIALI

Ipovisione/cecità	☐ NO ☐ SI Specificare:
Ipoacusia	☐ NO ☐ SI ☐ Corretta con protesi

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Deficit di memoria	☐ NO ☐ SI	Disorientamento ☐ NO ☐ temporale ☐ spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	☐ NO ☐ SI, di che tipo:	
Crisi d'ansia / attacchi di panico	☐ NO ☐ SI	Deflessione del tono dell'umore ☐ NO ☐ SI
Deliri	☐ NO ☐ SI	Allucinazioni ☐ NO ☐ SI
Aggressività	☐ NO ☐ SI: ☐ fisica ☐ verbale	
Disturbi del sonno	☐ NO ☐ SI ☐ Inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	☐ NO ☐ SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole /tentativo di fuga ☐ NO ☐ SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	☐ NO ☐ SI, di che tipo:	
Etilismo/potus	☐ NO ☐ SI: ☐ attuale ☐ pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	☐ NO ☐ SI: ☐ attuale ☐ pregresso Di che tipo:	
Tentato suicidio	☐ NO ☐ SI: indicare la data:/ /	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	☐ NO ☐ SI:	
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 /necessita di imboccamento	
Edentulia	☐ NO ☐ SI: Protesi: ☐ Inferiore ☐ Superiore Scheletrato: ☐ Inferiore ☐ Superiore	
Rifiuto del cibo	☐ NO ☐ SI	
Disfagia	☐ NO ☐ SI	Cibi frullati o omogeneizzati ☐ NO ☐ SI
Dieta specifica	☐ NO ☐ SI, di che tipo:	
Peso corporeo: kg	Altezza: cm	
Eventuali note e osservazioni:		
.....		

Allergie ☐ non note ☐ NO ☐ SI, di che tipo:
--

TERAPIA

- ☐ Non assume terapia farmacologica
☐ Terapia in atto ed orari di somministrazione:

NOME FARMACO	DOSAGGIO	QUANTITÀ	TIPO	ORARIO DI ASSUNZIONE

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

.....

.....

.....

.....

ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI E/O EVENTUALI APPROFONDIMENTI:

.....

.....

.....

.....

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

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