



**FONDAZIONE MARIA MONZINI
CENTRO DIURNO INTEGRATO**

Riservato alla Struttura

ID Utente _____

Data accettazione _____

DOMANDA DI INSERIMENTO CENTRO DIURNO INTEGRATO

FREQUENZA:	Tempo Pieno :	Part Time:	Ora Aggiuntiva :	☐ Urgente ☐ Preventiva
	☐ 8.00 - 17.00	☐ 8.00-14.00 ☐ 14.00-17.00	☐ 17.00 - 18.00	
GIORNI DI FREQUENZA	☐ 5 giorni da lunedì a venerdì		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Lun Mar Mer Gio Ven	☐ In attesa di residenzialità
PARTE DA COMPILARE A CURA DELLA FAMIGLIA				
Generalità della persona che richiede l'inserimento in CDI				
Cognome e Nome:			Sesso: ☐ M ☐ F	
Nato a:		il:	cittadinanza:	
Residente a:		Via:		Cap.
Codice Fiscale:			Tessera Sanitaria:	
Tessera esenzione ticket:		telefono :		
Stato Civile: ☐ Celibe/Nubile ☐ Coniugato/a ☐ Separato/a ☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a				
Titolo di studio: ☐ Nessuno ☐ Elementare ☐ Media inf./avv. profess. ☐ Media superiore ☐ Laurea				
Professione principale prima del pensionamento:				
Generalità della persona referente				
Cognome e Nome:				
Nato a:		il:		
Residente a:		Via:		Cap.
Codice fiscale:		Grado di parentela:		
Recapiti telefonici: Fisso: _____ Cellulare: _____ Altro recapito: _____ e-mail: _____				
Il sottoscritto si impegna a comunicare alla Fondazione Maria Monzini l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, ...)				
Data		Firma		

In relazione alla richiesta di inserimento l'anziano:			
☐ ha partecipato alla decisione ☐ è a conoscenza ma non ha partecipato ☐ non è al corrente			
Motivo della richiesta di inserimento:			
☐ Persona non autonoma ☐ Solitudine ☐ Alloggio non idoneo ☐ Solievo in famiglia ☐ In attesa di ricovero definitivo ☐ Altro _____			
Figli viventi:			
numero _____ di cui: Femmine numero _____ Maschi numero _____			
La persona attualmente vive con:			
☐ Solo ☐ Coniuge ☐ Figli ☐ Badante ☐ Parenti			
L'anziano usufruisce attualmente di:			
Invalidità civile	☐ Si % _____	☐ No	☐ Ha presentato domanda
Assegno di accompagnamento	☐ Si	☐ No	☐ Ha presentato domanda
Assistenza Domiciliare Sociale SAD	☐ Si	☐ No	☐ In attesa
Assistenza Domiciliare Integrata ADI	☐ Si	☐ No	☐ In attesa
Protesi ed ausili in uso:			
☐ girello deambulatore	☐ personale	☐ ATS	
☐ carrozzina	☐ personale	☐ ATS	
☐ materassino/cuscino antidecubito	☐ personale	☐ ATS	
☐ letto ortopedico	☐ personale	☐ ATS	
☐ pannolone	☐ personale	☐ ATS	
☐ catetere	☐ personale	☐ ATS	
Amministratore di sostegno:			
☐ Si Se si specificare: Cognome e Nome/Ente _____ ☐ No ☐ In fase di nomina Recapito telefonico: _____			
Attività strumentali:			
Uso del telefono	☐ autonomo	☐ riceve aiuto	☐ non in grado
Fare acquisti	☐ autonomo	☐ riceve aiuto	☐ non in grado
Cucinare	☐ autonomo	☐ riceve aiuto	☐ non in grado
Pulizia della casa	☐ autonomo	☐ riceve aiuto	☐ non in grado
Fare il bucato	☐ autonomo	☐ riceve aiuto	☐ non in grado
Spostarsi con i mezzi	☐ autonomo	☐ riceve aiuto	☐ non in grado
Assumere farmaci	☐ autonomo	☐ riceve aiuto	☐ non in grado
Maneggiare denaro	☐ autonomo	☐ riceve aiuto	☐ non in grado
Dieta :			
☐ libera ☐ frullata ☐ morbida ☐ tritata ☐ per TAO ☐ per diabetici ☐ disfagia			
Ausili protesici :			
☐ protesi acustiche ☐ occhiali da vista ☐ protesi dentarie morbide			

Autonomia nella vita quotidiana
Valutazione dell'autonomia
La persona è capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa? ☐ No, non è in grado. Serve la completa assistenza di due persone ☐ Serve la completa assistenza di una persona ☐ Serve assistenza per una o più fasi del trasferimento ☐ Occorre la presenza di una persona, ma solo per infondere fiducia o garantire sicurezza ☐ E' completamente autonoma
La persona è in grado di camminare da solo almeno per 50 metri? ☐ No, non è in grado ☐ E' in grado, ma serve la presenza costante di una o più persone ☐ Serve aiuto, ma solo per raggiungere il bastone o altri ausili ☐ E' necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose ☐ Sì, percorre almeno 50 metri senza aiuto/supervisione (non importa se con il bastone o altro ausilio)
Se non cammina, è in grado di manovrare da solo la sedia a rotelle? ☐ No, non è in grado ☐ Sì, ma solo per brevi tratti e su superficie piana ☐ Serve aiuto solo per accostarsi al tavolo o al letto ☐ Serve aiuto solo negli spazi più angusti ☐ E' totalmente autonoma
La persona è in grado di provvedere da solo alla propria igiene? ☐ No, non è in grado. Servono due persone ☐ No, non è in grado. Serve l'aiuto di una persona ☐ E' necessario aiutarlo in uno o più aspetti dell'igiene personale ☐ Richiede solo un minimo di assistenza prima o dopo l'igiene ☐ E' completamente autonoma
La persona è in grado di alimentarsi autonomamente? ☐ No, non è in grado. Va imboccato o nutrito per altre vie ☐ Riesce a manipolare una posata, ma è necessaria assistenza attiva per tutto il pasto ☐ Serve assistenza per gli atti più complicati, come versare il latte o lo zucchero nel tè, aggiungere sale e pepe, imburrare, rovesciare un piatto ☐ Serve aiuto solo per tagliare la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli ☐ E' completamente autonoma
La persona è confusa? ☐ Sì, le capacità di pensiero sono completamente destrutturate ☐ Appare chiaramente confusa e non si comporta, in alcune situazioni, come dovrebbe ☐ Appare incerta e dubbiosa, ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio ☐ La persona è in grado di pensare chiaramente e ha contatti normali con l'ambiente
La persona è particolarmente irritabile? ☐ Sì, sempre ☐ Si irrita facilmente, anche per stimoli che non dovrebbero essere provocatori ☐ Si irrita solo se provocato e se gli vengono rivolte domande indiscrete ☐ No, è sempre calma
La persona è fisicamente irrequieta? ☐ Sì, è incapace di stare fermo anche per brevi periodi di tempo, cammina incessantemente ☐ E' molto irrequieto: non riesce a stare seduto, contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano ☐ Si agita, gesticola, ha difficoltà nel tenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti ☐ La persona non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

Altre notizie utili

Riservato alla Struttura:
Operatore che accoglie la richiesta:
Note:

Documenti da allegare:

- **Informativa e Consenso privacy compilato a cura dell'interessato**
- **Copia di carta di identità dell'interessato**
- **Copia della Tessera sanitaria dell'interessato**



FONDAZIONE MARIA MONZINI CENTRO DIURNO INTEGRATO

SCHEDA SANITARIA

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
Cognome e Nome:	
Nato a:	il:

Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITA'

	1	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	Data insorgenza
Patologie cardiache specificare :						
Iipertensione arteriosa Specificare :						
Patologie vascolari Specificare :						
Patologie Respiratorie Specificare :						
Vista , udito, naso, gola, laringe Specificare :						
Apparato gastroenterico superiore Specificare :						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare :						
Patologie epatiche Specificare :						

Patologie renali Specificare :						
Altre patologie genito-urinarie Specificare :						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare :						
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze) specificare :						
Patologie endocino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici) Specificare :						
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze) Specificare :						

Allergie:

Anomalie del comportamento	SI	NO
Ansia		
Depressione		
Deliri o allucinazioni		
Agitazione psico-motoria diurna		
Agitazione psico-motoria notturna		
Deambulazione incessante, allontanamenti involontari		
Affaccendamento motorio		
Inversione ritmo sonno-veglia		
Aggressività fisica/verbale		
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive		

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Allergie

NO

SI quali?

Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità ? S ☐ NO ☐

Il MMG si impegna a mantenere l'assistito nei propri elenchi e a continuare a prescrivere esami e farmaci secondo necessità

Il MMG garantisce la disponibilità a collaborare con il Medico responsabile del CDI secondo necessità, con colloqui, consulti, ecc.

Eventuali note

Recapiti del medico curante	
Cognome e Nome:	
Indirizzo:	
Tel.	Fax
e-mail:	
Timbro e Firma	
Data compilazione	