

FONDAZIONE PORTA SPINOLA
MARIANO COMENSE
Via Santo Stefano, 28 - 22066 Mariano Comense (CO)
Tel. 031 - 748035 - Fax 031 - 747177
Cod. Fisc. 81008470130 - p. I.V.A. 02418440133

Domanda di Accettazione

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente a dal

Via n. CAP

Stato civile Tel.

CHIEDE di essere accolto presso questo il **Centro Diurno Integrato**.

A tal fine allega alla presente una dettagliata relazione sanitaria.

Dichiara inoltre di conoscere ed accettare le condizioni relative alla degenza presso il Centro Diurno Integrato, nonché il regolamento della convivenza presso lo stesso che accetta in ogni sua parte.

Questa domanda è presentata dal/la
Sig./ra

In qualità di Nato/a a il:

Residente a:

Via..... n.....

Cod. Fiscale:

Tel.

e-mail.....

Ogni notizia in merito alla presente domanda può essere richiesta, *non prima di due mesi dall'inoltro*, al numero telefonico 031/748035 (ufficio amministrativo).

La domanda dovrà essere riconsegnata da chi presenta la richiesta dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00 al centralino.

Sottoscrivendo la presente domanda nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e della Legge 196/2003 (legge sulla privacy), e delle norme nazionali vigenti in termini di tutela e libera circolazione dei dati personali autorizzo il trattamento dei miei dati personali.

Data _____

Firma _____

E' interessato/a a frequentare il CDI:

- tutti i giorni
- solo nei giorni di: lunedì
 martedì
 mercoledì
 giovedì
 venerdì

(Si richiede la frequenza minima di tre giorni)

E' in grado di provvedere autonomamente al trasporto per e da il CDI?

- NO
- SI a cura del familiare sig. _____
 a cura di altri _____

Qual è il nucleo familiare di appartenenza?

- Vive da solo
- Vive con coniuge
 figli
 altri parenti _____

Chi si occupa prevalentemente dei bisogni primari?

- Alimentazione: pasto a domicilio _____
- Assistenza domestica: _____
- Igiene personale: _____
- Accompagnamenti visite mediche/esami: _____

E' seguito dai Servizi Sociali?

Operatore di riferimento:

Sig.

Tel.

FONDAZIONE PORTA SPINOLA
MARIANO COMENSE
Via Santo Stefano, 28 – 22066 Mariano Comense (CO)
Tel. 031 – 748035 – Fax 031 - 747177
Cod. Fisc. 81008470130 – p. I.V.A. 02418440133

**Documenti da presentare in allegato alla
Domanda di Accettazione**

Fotocopia:

- Documento di identità (valido)
- Codice Fiscale
- Tessera Sanitaria
- Tesserino esenzione dal ticket sanitario
- Verbale di accertamento invalidità
- Accertamenti sanitari e documentazione recente

In originale:

- Certificato di residenza e stato di famiglia (in carta semplice)

Retta giornaliera:

- ✓ dalle 8.30 alle 17.30 : € 35,00
- ✓ dalle 8.30 alle 19.30 : € 40,00 (al momento sospeso)

**CDI accreditati della
provincia di COMO**

Riservato alla struttura _____
 ID utente _____
 Data accettazione: _____

Nome.....Cognome.....

Relazione sanitaria del medico curante

(a cura del medico curante, o del reparto ospedaliero o di altra struttura in cui si trova l'interessato)

INDICI FUNZIONALI				
	Autonomo	Con supervisione	Con aiuto	Totale dipendenza
Trasferimenti letto / sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICI COGNITIVI					
Demenza certificata da UVA ospedaliera <input type="checkbox"/> Si data: <input type="checkbox"/> No	Assente	Lieve	Moderata	Grave	
Confusione/orientamento spazio temporale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vagabondaggio afinalistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinazioni (visive e/o uditive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività (verbale e/o fisica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversione ritmo sonno/veglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROFILI di GRAVITA'		
Lesioni cutanee <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
da pressione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sede	
vascolari <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sede	
Ausili per il movimento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bastone / deambulatore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> ASL	
Carrozzina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> ASL	
Gestione incontinenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pannolone / catetere esterno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ano artificiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Stomia	<input type="checkbox"/> SI specificare.....	<input type="checkbox"/> NO
Alimentazione artificiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S.N.G. (sondino naso gastrico)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P.E.G.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ossigeno al bisogno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ossigeno costante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi extracorporea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Allergie Farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Allergie Alimenti	<input type="checkbox"/> SI.....	<input type="checkbox"/> NO
Patologie infettive / contagiose in atto	<input type="checkbox"/> SI.....	<input type="checkbox"/> NO

C I R S

Il CIRS è uno strumento standardizzato per ottenere una misura della salute somatica dell'anziano. La versione proposta è quella suggerita dalla Regione Lombardia.

Lo strumento richiede che il Medico definisca la severità clinico – funzionale di 14 categorie di patologie: il Medico, sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata definisce il livello di gravità per ognuna delle categorie:

CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)

Assente	(1) Nessuna compromissione di organo o sistema.
Lieve	(2) La compromissione di organo, sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto o no, la prognosi è ottima (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
Moderata	(3) La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete, fratture).
Grave	(4) La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).
Molto grave	(5) La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio, stroke, sanguinamento gastrointestinale, embolia).

Si ottengono due indici:

- l'indice di severità, che risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali);
- l'indice di comorbidità, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore od uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali)

Quanto sopra è il modo indicato e corretto per il calcolo dell'indice di severità, tuttavia si dimostra poco sensibile nel differenziare diversi quadri clinici. In alternativa si può fare la media dei punteggi degli item delle patologie con punteggio superiore a 3, togliendo così l'effetto "pavimento" che determina nel calcolo la considerazione dei punteggi 1, cioè di assenza di patologia. Indicare sempre quale delle due procedure di conteggio si è seguita.

Altro punto critico è la non considerazione dell'item 14, vista l'incidenza delle patologie dovute a demenza, nella popolazione degli "anziani fragili" (popolazione che ricopre il maggior numero di ricoveri di sollievo). In ogni caso questo item NON va conteggiato.

INDICE DI COMORBIDITA' (CIRS)

Patologia	assente	lieve	moderato	grave	molto grave
Patologia cardiaca (solo cuore)					
Iperensione (solo la severità, non gli organi coinvolti)					
Patologia vascolare (sangue / vasi / midollo / milza / sist. linfatico)					
Patologia respiratoria (polmoni / bronchi / trachea sotto la laringe)					
O.O.N.G.L. (occhio / orecchi / naso / gola / laringe)					
Apparato gastroenterico superiore (esofago / stomaco / duodeno / albero biliare / pancreas)					

Apparato gastroenterico inferiore (intestino/ernie)					
Patologia epatica (solo fegato)					
Patologia renale (solo rene)					
Patologie genito-urinarie (uretere/vescica/uretra/prostata/genitali)					
Patologia muscolo / scheletrico / cute (muscoli / scheletro / tegumenti)					
Patologia sistema nervoso (s.n.c. / periferico / non include demenza)					
Patologia endocrino/metabolica (diabete / patol. tiroide ecc.)					
Patologia psichiatriche/comportamentali (demenza /depressione /ansia /agitazione / psicosi)					

INDICE DI SEVERITA' INDICE DI COMORBIDITA'
 (media dei punteggi prime 13 categorie) (n° di categorie, solo le prime 13, con punteggio >/= 3)

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA e PROSSIMA

.....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (indicare farmaco e posologia)

.....

NOTE:.....

.....

Nome e cognome del medico

Tel...... **e - mail**

.....
 timbro e firma del medico

.....
 data di compilazione
 (La presente certificazione ha validità annuale)

**AUTOCERTIFICAZIONE
DI STATO DI FAMIGLIA
(Art.46-lettera f – DPR 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a in _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

consapevole che nel caso di dichiarazioni mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

DICHIARA

Che la propria famiglia è così composta:

Parent	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

Data _____

Firma del dichiarante

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

ALLEGARE ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE LA FOTOCOPIA FRONTE E RETRO DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE.

AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA

(Art.46 – lettera b – DPR 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a in _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 DPR 445/2000),

DICHIARA

di ESSERE RESIDENTE

a _____ Provincia di _____

in Via/Piazza _____ n. _____ dal _____

dal _____ proveniente da _____

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso.

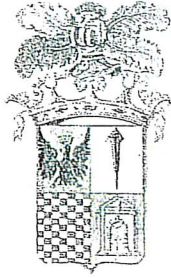
Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del DPR 28 dicembre 2000, n.445.

Data _____

Firma del dichiarante

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

ALLEGARE ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE LA FOTOCOPIA FRONTE E RETRO DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE.



Fondazione Porta Spinola

DOCUMENTI DA ALLEGARE A DOMANDA DI INSERIMENTO IN RSA

Unitamente alla domanda di inserimento in RSA che va compilata con tutti i dati richiesti si chiede di allegare la seguente documentazione:

- Fotocopia carta di identità
- Fotocopia codice fiscale
- Fotocopia tessera sanitaria
- Fotocopia verbali invalidità
- Fotocopia esenzione ticket sanitari
- Certificato/autocertificazione di residenza
- Documentazione sanitaria recente (visite specialistiche, esami etc)



Fondazione Porta Spinola

Via Santo Stefano 28 - Mariano Comense
C.F. 81008470130 - P.IVA 02418440133

INFORMATIVA OSPITI/UTENTI
DOMANDA AMMISSIONE
Reg. UE 2016/679

MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI – Reg. UE 2016/679

(da compilare a cura di chi presenta la domanda)

Io sottoscritto/a _____, C.F. _____,

nato a _____, il _____

e residente in _____

in qualità di interessato (*ospite capace di intendere e volere*)

oppure

Io sottoscritto/a _____, C.F. _____,

nato a _____, il _____

e residente in _____

in qualità di tutore amministratore di sostegno altro (specificare: _____)

di _____ (ospite)

nato a _____, il _____

e residente in _____

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa resa da **FONDAZIONE PORTA SPINOLA** ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679) e delle norme nazionali vigenti in materia di privacy, inerente il trattamento dei dati conferiti mediante la compilazione della domanda di ammissione e

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO

dei dati personali, sia comuni sia particolari (ex sensibili), per la finalità di presentazione della domanda di ammissione presso la struttura.

**Firma per consenso al trattamento
dell'interessato o di chi ne fa le veci**

Luogo e data _____
