



Fondazione Santa Chiara Onlus

Via Paolo Gorini, 48 - 26900 Lodi

☎ Tel. 0371/403.1 - 📠 fax 0371/403448 -

RICHIESTA DI INSERIMENTO AL CENTRO DIURNO INTEGRATO

(spazio per timbro di ricevuta, data e sigla operatore)

Generalità dell'Interessato/a (soggetto per cui si chiede il ricovero)

Nome _____ Cognome _____ M F

Stato Civile _____ Cittadinanza _____ ASL Residenza _____

nato/a a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

residente a _____ (_____)

Via _____ n. _____ tel. _____ / _____

Forme di tutela: nessuna Amm. di Sostegno Curatore Tutore

Al momento della domanda il paziente si trova :

casa struttura (IDR, struttura privata...)

ospedale reparto:

Medico Medicina Generale Dott. _____ Tel: _____

Persona/e di riferimento:

grado di parentela

cognome

nome

telefono

Il soggetto attualmente usufruisce di :

- Servizi Sociali Territoriali (SAD, Telesoccorso, pasti...)
- Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI, Voucher)
- Centro Diurno Integrato
- Badante (a tempo pieno a tempo parziale)

URGENTE **SI** **NO**

NOTE da SEGNALARE _____

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

- Che il soggetto per cui è fatta richiesta di ricovero è nato/a in data e luogo sopra riportati;
- Che il soggetto per cui è fatta richiesta di ricovero è residente nel luogo sopra riportato;

Forma di frequenza a cui si intende aderire:

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|
| T.PIENO: | L | M | M | G | V | S |
| T.RIDOTTO: | L | M | M | G | V | S |
| PART-TIME MATTINO: | L | M | M | G | V | S |
| PART-TIME POMERIGGIO: | L | M | M | G | V | S |

Il trasporto è garantito da:

- FAMILIARE
- COMUNE DI PROVENIENZA
- FONDAZIONE SANTA CHIARA

Firma del Richiedente

ALLEGATO B

SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICO - FUNZIONALE DI PRE - INGRESSO

Da compilarsi a cura del medico curante

N.B. DA RICOMPILARE IN CASO DI AGGRAVAMENTO

TIPOLOGIA DELLA RICHIESTA DI RICOVERO: ORDINARIO SOLLIEVO

Cognome e nome _____ sesso M F

nato/a il _____ a _____ provincia _____

Medico Curante Dott. _____ tel. _____

Data della valutazione _____ disponibile ad entrare dal _____

INDICI FUNZIONALI

| | totalmente autonomo | parzialmente autonomo | con supervisione | con aiuto | totale dipendenza |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Trasferimenti letto/sedia | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Locomozione su sedia a rotelle | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alimentazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INDICI COGNITIVI

| | assente | lieve | moderata | grave | molto 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"/> |

Patologie psichiatrico - comportamentali

Nel caso di qualsiasi tipo di demenza deve essere allegata idonea documentazione sanitaria di struttura pubblica (unità di Valutazione Alzheimer, ambulatorio di neurologia, psichiatria, geriatria) da cui si evinca l'assenza di disturbi del comportamento o l'eventuale necessità all'inserimento nel Nucleo Alzheimer.

Diagnosi:

Valutazione sintetica della gravità del disturbo cognitivo e comportamentale

nessuna o lieve compromissione moderata compromissione grave compromissione

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA



ASL Lodi

R.S.A. S. L. ODI

Residenze Sanitarie Assistenziali Accreditate

| PROFILI DI GRAVITA' | | | |
|---|-----------------------------|--|-------------------------------------|
| Lesioni cutanee dal II° stadio in poi | | classificazione NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) | |
| <input type="checkbox"/> da pressione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Sede _____ |
| <input type="checkbox"/> vascolari | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Sede _____ |
| Cadute negli ultimi sei mesi (anche senza conseguenze) | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Numero delle cadute _____ | | | |
| Ausili per il movimento | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Bastone / deambulatore | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Carrozzina | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 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"/> ureterostomia | <input type="checkbox"/> colostomia |
| Gestione diabete | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Solo dieta | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Antidiabetici orali | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Insulina | | <input type="checkbox"/> SI | <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 |
| N.P.T. (nutrizione parenterale totale) | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Insufficienza respiratoria | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| O ₂ al bisogno | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| O ₂ 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"/> NO <input type="checkbox"/> SI | | Quali _____ | |
| Allergie Alimenti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | | Quali _____ | |
| TERAPIA FARMACOLOGICA | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| DIAGNOSI E CLASSIFICAZIONE SOSIA | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |

Data _____ Timbro e firma del medico _____



ASL Lodi



Residenze
Sanitario
Assistenziali
Accreditate

ALLEGATO C

INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

(Palmalee P.A., Thuras P.D., Katz I.R., Lawton M.P., Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population, J. Am Geriatr. Soc. 1995; 43: 130-137)

Cognome _____ Nome _____ Età _____

Patologie cardiache (solo cuore)

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Iipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Occhi/O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari epato-pancreatiche: escluso diabete)

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Fegato

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Rene

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Altre patologie Genito-Urinarie (utero, vescica, uretra, prostata, genitali)

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscolo, scheletro, tegumenti)

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Patologie Sistema Nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza)

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Patologie Sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Stato Mentale e Comportamentale (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

specificare patologia _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|



ASL Lodi



Residenze
Sanitario
Assistenziali
Accreditate

Legenda:

- 1 - Nessuna menomazione
- 2 - Menomazione Lieve: non interferisce con le normali attività; trattamento facoltativo; prognosi eccellente (ad es. lesioni dermatologiche, ernie, emorroidi)
- 3 - Menomazione Moderata: interferisce con le normali attività; trattamento necessario; prognosi buona (ad es. colelitiasi, diabete o fratture trattabili)
- 4 - Menomazione Grave: è invalidante; trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata (ad es. carcinoma operabile, enfisema polm., insuff. card. conges.)
- 5 - Menomazione Molto Grave: può essere letale; trattamento di emergenza o inefficace; prognosi grave (ad es. infarto miocardio, ictus, emorragie digestive, embolia)

| | |
|---|--|
| Indice di severità Media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria patologie psichiatriche comportamentali) | Indice di comorbidità Numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatriche comportamentali) |
|---|--|

Il compilatore _____ Data _____

