
 San Giacomo s.r.l. Via Accademia, 48 Milano c.f.e.p.iva 02644040137	<p align="center">DOMANDA DI INSERIMENTO</p> <p align="center"><i>C.D.I. "Papa Giovanni XXIII"</i> Piazza A. Volta, 27 Turate CO</p> <p align="center">Tel. 02/96488421 fax 02/96480832 rsa.papagiovanni@societasangiacomo.info</p>		Mod. Sanitario Cod. 40 CDI
			Revisione 02
Sistema Sanitario  Regione Lombardia	Data emissione: 01.05.2008	Data revisione: 01.02.2019	Pag. 1 di 7

Domanda di Ammissione al Centro Diurno Integrato



Frequenza

Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì

Venerdì Sabato Domenica

Orario Presenza

dalle h. _____ alle h. _____

Riservato alla struttura _____

ID utente _____

Data accettazione: _____

Domanda unica di inserimento in CDI

(La dichiarazione di residenza ha valore di autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 443 del 28.12. 2000)

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

Nome Cognome

M F Stato Civile..... ASL Residenza.....

Nato/a a..... il

Codice Fiscale Comune di residenza.....

Via/Piazza.....tel.....

Tipologia ricovero: ordinario temporaneo per dimissioni da H di sollievo **Urgente:** sì no

Al momento della domanda la persona si trova: a Domicilio vive sola vive con

(Usufruisce di: Assistenza domiciliare sanitaria (ADI) Assistenza domiciliare sociale

E' allattata: SI NO Ha difficoltà a camminare: SI NO Ha disturbi cognitivi: SI NO)

in RSA..... in IDR..... in Struttura privata.....

in Ospedalereparto:telefono.....

Medico Medicina Generale Dott./ssa.....telefono.....

Persona di riferimento: nome.....cognome.....

Residente a.....via.....

telefono.....cell..... grado di parentela.....

Indirizzo e - mail:.....

Titolo di rappresentanza legale (nel caso di persone con deficit delle funzioni cognitive):

Amministratore di sostegno Tutore Curatore

Seconda persona di riferimento: Nome.....Cognome.....

Grado di parentela..... tel.....cell.....

Indirizzo e - mail:.....

Situazione economica del soggetto di cui si chiede il ricovero in CDI (Pensione):

INPS cat. VO vecchiaia n.

- INPS cat. IO invalidità n.
- INPS cat. SO reversibilità n.
- INPS cat. PS sociale n.
- Stato (INPDAP, Ministero Tesoro, ecc.) n.
- Invalidità civile n.
- Indennità accompagnamento n.
- Altro

Accertamento invalidità civile (barrare la casella che interessa)

- In corso Accertata di grado% Domanda non presentata Ric. L 104: Si No

Il richiedente:

Data.....Firma.....

Per il richiedente: nome.....cognome.....
 Grado di parentela.....Firma.....

Per il richiedente: nome.....cognome.....
 Grado di parentela.....Firma.....

Documenti da allegare alla domanda:

- **Copia Carta Regionale dei Servizi e di Carta d'Identità**
- **Consenso al trattamento dei dati da parte del CDI per valutazione ingresso anche da parte di altre strutture**

Questo modulo è di per sé sufficiente alla iscrizione del richiedente alla lista d'attesa del CDI a cui si formula la domanda di ricovero.

Riservato alla struttura _____

ID utente _____

Data accettazione: _____

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

Relazione sanitaria del Medico Curante

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"/>	
Irritabilità	<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"/>	
Vagabondaggio afinalistico	<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"/>	
Aggressività (verbale e/o fisica)	<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"/>	
Inversione ritmo sonno/veglia	<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)