



Fondazione Istituto C. Vismara – G. De Petri onlus

Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura

Via Vismara, 10 – 26020 S. Bassano (CR)

CENTRO DIURNO INTEGRATO

SAN RICCARDO PAMPURI- SAN BASSANO

SAN GIULIANO - PIZZIGHETTONO

D.R.03/URP
Rev 00-2013

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il |____|____|____| a _____ (Prov.di _____)

residente a _____ in Via _____ N° _____

Telefono N° |_____|_____| in qualità di _____ del/della Sig./Sig.ra

nato/a il |____|____|____| a _____ (Prov.di _____)

residente a _____ Cap. _____

in Via _____ N° _____

Stato civile _____ Professione _____

Cod.Fiscale _____ Tessera sanitaria _____

Esenzione ticket _____ Medico curante _____

CHIEDE

l'ammissione al Centro Diurno Integrato ed accetta sin da ora il pagamento della retta stabilita dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente e le sue successive variazioni, nonché eventuali rimborsi spese per trasporti di qualsiasi natura.

Allegati:

- Certificato medico (All.2 Mod. PED 01/02)
- Scheda conoscitiva
- Fotocopia del Codice Fiscale
- Fotocopia della Tessera Sanitaria
- Fotocopia dell'Esenzione Ticket

Altri recapiti telefonici di familiari:

COGNOME e NOME	GRADO di PARENTELA	RECAPITI TELEFONICI

In ottemperanza alle disposizioni di cui alla Legge 675 del 31/12/1996 e successive modificazioni e integrazioni il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei suoi dati personali e di quelli del suo familiare.

Data |____|____|____|

Firma _____



Fondazione Istituto C. Vismara – G. De Petri onlus

Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura

Via Vismara, 10 – 26020 S. Bassano (CR)

CENTRO DIURNO INTEGRATO

SAN RICCARDO PAMPURI- SAN BASSANO

SAN GIULIANO- PIZZIGHETTONE

CERTIFICATO MEDICO

(da allegare alla domanda di ammissione all'RSA)

Medico curante:

- Dott. _____

- Indirizzo: _____ Tel. _____

Cognome e nome _____		Tessera Sanitaria n° _____
Nato a _____	il _____	

DIAGNOSI _____

Terapia in atto _____

Notizie anamnestiche rilevanti _____

Allergia a farmaci: Non nota No SI _____

Lesioni cutanee (descrizione e sede) _____

	<p align="center">Fondazione "Istituto Carlo Vismara - Giovanni De Petri" onlus Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura</p> <p align="center">CENTRO DIURNO INTEGRATO</p> <p align="center">SAN RICCARDO PAMPURI- SAN BASSANO/ SAN GIULIANO- PIZZIGHETTONE</p> <p align="center">INDICE DI BARTHEL</p>	<p align="right">DR 01/D Rev. 00/2012</p>
		Valutazione Multidimensionale
1. IGIENE PERSONALE	<p>A. Incapace ad attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti</p> <p>B. Necessita di aiuto per tutte le operazioni</p> <p>C. Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene</p> <p>D. In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni</p> <p>E. Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio. Una donna deve essere capace di truccarsi, se abituata</p>	
2. BAGNO e/o DOCCIA	<p>A. Totale dipendenza nel lavarsi</p> <p>B. Necessita di aiuto per tutte le operazioni</p> <p>C. Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi</p> <p>D. Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, etc.)</p> <p>E. Capace di fare il bagno in vasca, la doccia o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.</p>	
3. W.C. E USO SERVIZI	<p>A. Completamente dipendente</p> <p>B. Necessita di aiuto per tutti gli aspetti</p> <p>C. Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani</p> <p>D. Necessita di supervisione per sicurezza in caso di uso del normale w.c. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla</p> <p>E. Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Uso indipendente di comoda e pappagallo, compreso svuotamento e pulizia</p>	
4. CONTINENZA URINARIA	<p>A. Incontinente o catetere. Dipende per l'applicazione di dispositivi interni o esterni</p> <p>B. Incontinente, ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo interno o esterno</p> <p>C. In genere asciutto durante il giorno, ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso di dispositivi interni o esterni</p> <p>D. Generalmente asciutto nelle 24 ore, ha occasionalmente perdite o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi</p> <p>E. Controllo completo durante le 24 ore e/o indipendente nell'uso dei dispositivi esterni o interni</p>	
5. CONTINENZA INTESTINALE	<p>A. Incontinente</p> <p>B. Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie</p> <p>C. Capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire tecniche facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come i pannoloni</p> <p>D. Necessita di supervisione per l'uso di supposte, ha occasionali perdite</p> <p>E. Controllo intestinale completo e nessuna perdita.</p>	
6. ABBIGLIAMENTO	<p>A. Dipende sotto tutti gli aspetti e non collabora</p> <p>B. Collaborazione minima, necessita di aiuto per tutte le operazioni.</p> <p>C. Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento</p> <p>D. Necessita solo di minimo aiuto per alcune operazioni, (bottoni, cerniere, reggiseno, scarpe)</p> <p>E. Capace di indossare,togliere,chiudere correttamente tutti gli indumenti,allacciarsi le scarpe o toglierle, applicare protesi</p>	
7. ALIMENTAZIONE	<p>A. Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato</p> <p>B. Necessita di assistenza durante il pasto, usa almeno una posata</p> <p>C. Capace di alimentarsi da solo con supervisione. Necessita di assistenza nel versare liquidi, far girare un piatto di portata ecc.</p> <p>D. Indipendente nell'alimentarsi con cibi preparati su vassoi, ad eccezione di tagliare la carne, aprire contenitori (vasetto, tappi ecc.) Non è necessaria la presenza di un'altra persona</p> <p>E. Capace di alimentarsi da solo, capace di tagliare la carne, spalmare marmellata ecc. autonomo nell'uso degli ausili.</p>	
8. TRASFERIMENTI LETTO/SEDIA	<p>A. Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone</p> <p>B. Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona</p> <p>C. Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento</p> <p>D. Necessaria la presenza di una persona per fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza</p> <p>E. Indipendente in tutte le fasi. Capace di trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, alzarsi, trasferirsi con sicurezza su sedie, poltrone o carrozzina.</p>	
9. SCALE	<p>A. Incapace di salire o scendere le scale</p> <p>B. Necessita di aiuto per salire e scendere le scale</p> <p>C. Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza</p> <p>D. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza.</p> <p>E. In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza senza aiuto o supervisione. In grado di usare bastone o stampelle anche sulle scale se necessario.</p>	
10. DEAMBULAZIONE	<p>A. Non in grado di deambulare autonomamente</p> <p>B. Necessita di presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione o per raggiungere e usare ausili</p> <p>C. Necessita dell'aiuto di una persona per raggiungere gli ausili e/o per usarli</p>	

	D. Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia ridotta (50 metri). E. Capace di alzarsi, sedersi, piazzare gli ausili a portata di mano; capace di usare gli ausili autonomamente. In grado di camminare per 50 metri senza aiuto o supervisione
10. USO DELLA CARROZZINA (alternativo a deambulazione)	A. Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina B. Capace di spostamenti per brevi tratti su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre C. Necessaria l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, etc. D. Capace di spostarsi autonomamente per periodi piuttosto lunghi, su superfici regolari. Necessaria a volte assistenza per fare curve strette E. Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, etc.).

INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

Indicare l'indice di severità:

[1] assente [2] lieve [3] moderato [4] grave [5] molto grave

1. Patologie cardiache (solo cuore)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. Patologie respiratorie (a partire dalla laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. Apparato G.L. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. Apparato G.L. inferiore (intestino, ernie)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. Patologie epatiche (solo fegato)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. Patologie renali (solo rene)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10. Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. Sistema muscolo-scheletrico-cute	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico: non include la demenza)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. Patologie endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. Patologie psichiatriche-comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Indice di severità _____	Indice di comorbilità _____
--------------------------	-----------------------------

- Necessita di terapia riabilitativa o fisica? [] SI [] NO

- Ha già effettuato terapia riabilitativa? [] SI [] NO

Di che tipo e con quale risultato? _____



Fondazione Istituto C. Vismara – G. De Petri onlus

Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura
Via Vismara, 10 – 26020 S. Bassano (CR)

CENTRO DIURNO INTEGRATO

SAN RICCARDO PAMPURI- SAN BASSANO/ SAN GIULIANO- PIZZIGHETTONE

CONDIZIONI PSICHICHE

Stato emotivo: adeguato
 ansia
 depressione

Comportamenti disturbanti:

- aggressività fisica
- aggressività verbale
- vagabondaggio
- bulimia
- irrequietezza
- disinibizione sessuale

Disturbi del pensiero:

- idee deliranti
- allucinazioni

Valutazione cognitiva attuale (disorientamento temporo-spaziale, turbe mnesiche) _____

Ha avuto ricoveri in ospedali psichiatrici? SI NO
È in cura presso Servizi psichiatrici? SI NO
Tentati suicidi: SI NO
 Dipendenza alcolica farmacologica altre

Eventuali notizie che si ritenesse opportuno fornire _____

Certifico che il Sig./la Sig.ra _____ non ha in atto
malattie infettive/contagiose/psichiche che controindicano la vita in comunità.

Il medico curante
(timbro e firma)



Fondazione Istituto C. Vismara – G. De Petri onlus

Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura
Via Vismara, 10 – 26020 S. Bassano (CR)

CENTRO DIURNO INTEGRATO

SAN RICCARDO PAMPURI- SAN BASSANO/ SAN GIULIANO - PIZZIGHETTONE

D.R.03a/URP
Rev 00-2013

SCHEDA CONOSCITIVA SOCIALE

Sig. _____

SITUAZIONE FAMILIARE La persona vive da sola: Sì Da quanti anni? _____

No vive con _____

È abituato/a a passare molto tempo solo/a in compagnia _____

È abituato/a a uscire di casa No Sì Con che frequenza? _____

Dove gli/le piace andare? _____

ABITUDINI ALIMENTARI: ORARI: colazione |_____| pranzo |_____|

MANGIA CIBI: solidi morbidi tritati frullati omogeneizzati semiliquidi

Beve vino

Diabetico

Intollerante a cibi: _____

Cibi preferiti: _____

Bevande preferite: _____

Cibi sgraditi o che rifiuta _____

RIPOSO NOTTURNO regolare si sveglia frequentemente Usa farmaci per dormire

riposo pomeridiano: No Sì Se sì: dalle |_____| alle |_____|

RELIGIONE: _____ È praticante No Sì Se sì specificare _____

ATTUALI ABITUDINI, INTERESSI e HOBBIES: Fumare (quanto al giorno) _____

Leggere (letture preferite) _____

Tv (programmi preferiti) _____

Radio (programmi seguiti) _____

Musica (musica preferita) _____

Cinema/teatro _____

Giochi di società – specif. _____

* FISICI _____

MOTIVO PRINCIPALE D'INGRESSO _____

LA PERSONA è INFORMATA DELLA DOMANDA? Sì No se no: specificare _____

Scheda compilata da: NOME e COGNOME _____

GRADO di PARENTELA _____

Data |____|____|____|

Firma _____

Come specificato nella Carta del Servizio del Centro Diurno Integrato, lo strumento principale che l'équipe di assistenza e cura utilizza per garantire a ciascuna persona che frequenta il CDI **continuità** e **personalizzazione** delle risposte assistenziali, sociali e relazionali è il Piano di Assistenza Individuale (P.A.I). Alla stesura del PAI (che comporta una valutazione multidimensionale che consente di stabilire obiettivi e interventi appropriati) e alle successive verifiche, oltre all'intera équipe partecipa **un familiare** della persona che frequenta il CDI.

Si chiede pertanto di individuare un **familiare di riferimento** che si impegna a partecipare ai momenti di valutazione, definizione degli obiettivi e relativa verifica.

Dati **FAMILIARE di RIFERIMENTO**

COGNOME e NOME	GRADO di PARENTELA	RECAPITI TELEFONICI

Data |____|____|____|

Firma familiare di riferimento _____