



DOMANDA DI INSERIMENTO AL CENTRO DIURNO INTEGRATO

Dati dell'Ospite

Protocollo _____

Data _____

Cognome e Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Codice Assistito _____

Richiesta presentata da :

Cognome e Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Telefono _____ Cellulare _____

e-mail _____

In qualità di:

- ☐ Soggetto direttamente interessato ☐ Familiare ☐ Volontario
☐ Amministratore di sostegno /tutore/curatore

Elenco dei documenti da allegare alla domanda del CDI

1. copia documento di identità in corso di validità
2. copia codice fiscale
4. copia tessera sanitaria



FONDAZIONE CASA DI RIPOSO
“CITTÀ DI ABBIATEGRASSO” - ONLUS
RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE – CENTRO DIURNO INTEGRATO – SERVIZI TERRITORIALI

Dichiarazione da compilarsi a cura di chi presenta la domanda

Il sottoscritto _____, che in data odierna presenta domanda di inserimento nel C.D.I. per _____

D I C H I A R A

- che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato/a e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta.
- che ha preso atto che le modalità di accesso al C.D.I. sono stabilite dal regolamento interno.
- che, in caso di pagamento a carico privato, un familiare o tutore/amministratore di sostegno dovrà firmare (il giorno dell'ingresso dell'anziano in casa di riposo) l'impegnativa di pagamento della retta presso gli uffici amministrativi e depositare una cauzione.
- di impegnarsi a versare mensilmente entro il giorno 15 del mese successivo l'importo della retta in vigore.
- che si impegna a comunicare al C.D.I. l'eventuale rinuncia alla frequenza a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, ecc)
- di essere a conoscenza che il valore della retta è indicato nella carta dei servizi di cui ha preso visione

Dichiara di aver preso conoscenza e di accettare le procedure, le finalità e le condizioni che regolano le modalità di trattamento dei dati personali e sensibili*

Firma del dichiarante data __/__/__

(*) Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'art. 10 L. 675/96 si informa che i dati forniti nella presente modulistica, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute, sono strettamente connessi alla gestione della domanda di ammissione presso il C.D.I. . Tali dati potranno essere oggetto di trattamento manuale e/o informatico che sarà effettuato esclusivamente da personale autorizzato dalla Fondazione nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di tutela dei dati personali. Le precisiamo che il mancato consenso al trattamento di tali dati rende impossibile la gestione della presente domanda di ammissione. Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy, Lei potrà in qualsiasi momento richiedere alla Fondazione indicazioni in merito al trattamento dei Suoi dati personali e/o sensibili nonché esercitare i diritti ivi previsti.

Letto e compreso quanto precede si presta consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili per la gestione della domanda di ammissione:

SI [] NO []

Firma del dichiarante data __/__/__



INFORMAZIONI SOCIALI

Cognome e nome dell'anziano _____

Motivo per cui si richiede ingresso nel C.D.I.. (barrare anche più risposte)

- ☐ Persona non autonoma
☐ Vive sola
☐ Problematiche sanitarie
☐ Altro(*specificare*).....
.....

L'anziano attualmente vive solo?

- ☐ SI
☐ NO, convive con _____

Proviene da:

- ☐ Abitazione _____ Piano abitazione _____ Dotata di ascensore ☐ si ☐ no
☐ Altro(*specificare*) _____

La persona interessata attualmente usufruisce delle seguenti prestazioni:

- ☐ CDI _____
☐ ADI _____
☐ Servizi sociali del Comune _____
☐ RSA aperta _____
☐ Assistenza domiciliare privata _____
☐ Contributi economici comunali, regionali, ecc. _____

Dati relativi alla situazione pensionistica dell'interessato:

- ☐ Nessuna pensione
☐ Anzianità/Vecchiaia
☐ Sociale
☐ Tipologia Speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)
☐ Reversibilità
☐ Indennità di accompagnamento

Frequenza del C.D.I.

- ☐ Da Lunedì a Sabato
☐ Solo nei giorni di _____

Necessità di usufruire del servizio di trasporto da e per il domicilio :

- ☐ SI ☐ NO

Autonomia nelle attività strumentali

	Autonomo	Riceve aiuto	Non in grado
Uso del telefono	☐	☐	☐
Fare acquisti	☐	☐	☐
Cucinare	☐	☐	☐
Pulizia della casa	☐	☐	☐
Fare il bucato	☐	☐	☐



FONDAZIONE CASA DI RIPOSO
“CITTÀ DI ABBIATEGRASSO” - ONLUS
RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE – CENTRO DIURNO INTEGRATO – SERVIZI TERRITORIALI

Spostarsi con i mezzi	☐	☐	☐
Assumere farmaci	☐	☐	☐
Maneggiare denaro	☐	☐	☐

L'anziano esce di casa? ☐ SI (☐ solo accompagnato) ☐ NO

Gli interessati al ricovero sono tenuti a presentare la documentazione socio-economica eventualmente richiesta dal servizio sociale della Fondazione

FIRMA_____



DOMANDA DI INSERIMENTO NEL CDI
INFORMAZIONI SANITARIE

Compilazione a cura del medico curante

Notizie clinico/anamnestiche e stato di salute generale :

Precedenti ricoveri ospedalieri (se possibile indicare mese/anno e diagnosi alle dimissioni) :

Terapie in atto (specificare farmaci assunti e loro posologia) :

Allergie note :

Stazione eretta : ☐ adeguata ☐ con appoggio ☐ impossibile

Deambulazione : ☐ normale ☐ con appoggio ☐ impossibile

Attività fisica : ☐ normale ☐ modesta ☐ scarsa/assente

Presidi ed Ausili in uso:

- ☐ Bastone/Canadese (☐ se fornito da ASL)
☐ Deambulatore (☐ se fornito da ASL)
☐ Carrozzina (☐ se fornito da ASL)
☐ Materassino antidecubito (☐ se fornito da ASL)
☐ Letto Ortopedico (☐ se fornito da ASL)
☐ Presidi per incontinenza (☐ se fornito da ASL)
☐ Altro (specificare)

5

Stato mentale e comportamentale

(segnalare presenza di ansia, depressione, alcoolismo, manifestazioni psicotiche, tentativi di suicidio,



FONDAZIONE CASA DI RIPOSO
“CITTÀ DI ABBIATEGRASSO” - ONLUS
RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE – CENTRO DIURNO INTEGRATO – SERVIZI TERRITORIALI

demenza, agitazione psicomotoria, difficoltà di comunicazione, ecc. pregressa o in atto)

Stato di coscienza

- ☐ Vigile ☐ Soporoso ☐ Coma
☐ Orientato T/S ☐ Parzialmente orientato S/T ☐ Disorientato S/T

Disturbi del comportamento

- ☐ Deliri ☐ Allucinazioni ☐ Agitazione ☐ Aggressività verbale
☐ Aggressività fisica ☐ Apatia ☐ Depressione ☐ Ansia
☐ Irritabilità ☐ Cammino afinalistico (wandering) ☐ Comportamento motorio ripetitivo
☐ Disturbi dell'alimentazione ☐ Disturbi del sonno

Incontinenza sfinterica:

- ☐ Assente
☐ Solo urinaria
☐ Solo fecale
☐ Doppia incontinenza

Gestione incontinenza:

- ☐ Presidi assorbenti
☐ Catetere vescicale a permanenza
☐ Nefro/urostomia
☐ Ano artificiale

Alimentazione

- ☐ Normale per os
☐ Disfagia
☐ Dieta a consistenza modificata (frullata, addensata,...)
☐ Sondino naso-gastrico
☐ PEG
☐ Nutrizione parenterale

Ausili per la gestione delle insufficienze funzionali in uso

- ☐ Ossigenoterapia (☐ continua ☐ a cicli _____)
☐ Tracheostomia (tipo di cannula _____)
☐ Ventilatore (☐ continuo ☐ a cicli _____)
☐ Dialisi (☐ peritoneale ☐ extracorporea)

Organi sensoriali

- Vista : ☐ normale ☐ con lenti ☐ cecità
Udito : ☐ integro ☐ ipoacusia ☐ corretto con protesi ☐ sordità

6

Lesioni cutanee da pressione

Sede _____
Stadio _____

Linguaggio



FONDAZIONE CASA DI RIPOSO
“CITTÀ DI ABBIATEGRASSO” ONLUS
RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE – CENTRO DIURNO INTEGRATO – SERVIZI TERRITORIALI

- ☐ Normale
☐ Afasico
☐ Disartrico

Altri problemi clinici (segnalare eventuali altre notizie cliniche significative):

Il paziente è esente da malattie contagiose tali da controindicare la vita in comunità.

Data

Timbro e firma del medico
