



**DOMANDA UNICA PER L'INSERIMENTO PRESSO I CENTRI DIURNI
INTEGRATI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Generalità della persona che richiede di essere accolta in C.D.I.

Cognome e nome _____ M F
Nato a _____ Prov. _____ il _____ Cittadinanza _____
Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
Via/Piazza _____ telefono _____
Codice Fiscale _____ Codice assistito _____
Tessera esenzione ticket _____ Medico curante dott. _____

⇒ stato civile

Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

⇒ usufruisce attualmente di:

Pensione NO SI se si, tipo di pensione _____
Invalidità civile NO SI _____% In attesa
Assegno di accompagnamento NO SI In attesa

Generalità della persona che presenta la domanda (se diversa)

Cognome e nome _____ Residente a _____
CAP _____ Via/Piazza _____
telefono 1 _____ telefono 2 _____ e mail _____

> Grado di parentela [eventuale] _____

> Titolo di rappresentanza legale

[nel caso di persone già dichiarate incapaci o con deficit delle funzioni mentali superiori]:

- Amministratore di sostegno
- Tutore
- Curatore

> Altra persona di riferimento in caso di necessità _____
telefono _____

> Servizio Sociale di riferimento _____
telefono _____

SCHEDA CONOSCITIVA da compilare a cura di chi presenta la domanda

Iniziativa della domanda:

dell'interessato familiare amministratore servizi sociali

Motivo della domanda

persona non autonoma difficoltà della gestione familiare solitudine
 alloggio non idoneo stabilizzazione post ricovero
 altro motivo sociale (specificare) _____

Tipologia di frequenza richiesta:

5 gg./settimana solo mattino/pomeriggio alcuni giorni/settimana

L'anziano attualmente si trova:

ospedale/riabilitazione (specificare) _____
altra struttura (specificare) _____
in casa propria con aiuto di (specificare) _____
 di altri (specificare) _____

L'anziano usufruisce attualmente di:

Assistenza domiciliare del Comune SI NO
Assistenza domiciliare sanitaria (voucher) SI NO

Ausili in uso:

bastone/tripode deambulatore deambulatore ascellare carrozzina
 catetere pannolone protesi acustica dentiera
 altro (specificare) _____

Problemi respiratori:

NO SI (specificare) ossigeno terapia tracheostomia

Medicazioni in atto:

NO SI sede sacrali
 arti (gambe/braccia)
 altre sedi _____

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione che potrà essere necessaria.

data _____

Firma della persona

Firma del richiedente

Il sottoscritto _____, ai sensi del decreto legislativo 196/2003, acconsente al trattamento dei dati personali sopra indicati al solo scopo dell'inserimento nella lista d'attesa presso il C.D.I.

data _____

firma _____

INFORMAZIONI sulle AUTONOMIE PERSONALI e le PROBLEMATICHE SANITARIE
da compilare a cura di chi presenta la domanda

AUTONOMIE MOTORIE:

<i>E' capace di camminare da solo?</i> <input type="checkbox"/> No, non è in grado <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> E' completamente autonomo	<i>Se non cammina, è in grado di manovrare la sedia a rotelle?</i> <input type="checkbox"/> No, non è in grado <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> E' completamente autonomo
--	--

ABITUDINI RELATIVE ALL'IGIENE E CURA DI SE:

<i>E' in grado di lavarsi e pettinarsi?</i> <input type="checkbox"/> No, non è in grado <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> E' completamente autonomo	
---	--

ABITUDINI RELATIVE ALL'ALIMENTAZIONE:

<i>E' in grado di mangiare da sola?</i> <input type="checkbox"/> No, deve essere imboccato <input type="checkbox"/> Collabora ma necessita di aiuto <input type="checkbox"/> E' completamente autonomo	<i>Sono presenti disturbi della deglutizione?</i> <input type="checkbox"/> SI (disfagia) <input type="checkbox"/> NO <i>E'in nutrizione artificiale?</i> <input type="checkbox"/> SI (PEG, sondino) <input type="checkbox"/> NO
---	--

ABITUDINI RELATIVE ALLA DIURESIS E ALL'ALVO:

<i>E' presente incontinenza urinaria?</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (pannolone)	<i>E' presente incontinenza fecale?</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
---	---

CONDIZIONI PSICHICHE E COMPORTAMENTALI:

<input type="checkbox"/> lucido <input type="checkbox"/> ansia <input type="checkbox"/> depressione <input type="checkbox"/> confuso / disorientato <input type="checkbox"/> incapacità a stare fermo	<input type="checkbox"/> inversione ritmo sonno-veglia <input type="checkbox"/> aggressività <input type="checkbox"/> deliri, allucinazioni <input type="checkbox"/> urla, vocalizzazioni ripetitive <input type="checkbox"/> comportamenti autolesivi
---	--

Altre notizie che si ritengono utili per l'assistenza

Si informa il richiedente che i dati personali richiesti saranno utilizzati al solo scopo di inserire il nominativo dell'interessato nella lista d'attesa presso il C.D.I.

INFORMAZIONI SANITARIE[compilazione riservata al medico curante]

Cognome e nome

data di nascita

Patologie presenti

	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Diagnosi</i>
Patologie cardiache			
Iperensione arteriosa			
Patologie vascolari/ematologiche			
Patologie respiratorie			
Vista, udito, naso, gola, laringe			
Apparato gastroenterico superiore			
Apparato gastroenterico inferiore			
Patologie epatiche			
Patologie renali			
Altre patologie genito-urinarie			
Sistema muscolo-scheletrico e Cute			
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze)			
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici)			
Patologie psichiatrico-comportamentali (include le demenze)			

Patologie infettive/contagiose presenti

Terapia farmacologica in corso (indicare farmaco e posologia)

Allergie a:

*timbro e firma del medico**data di compilazione*

Inserire cortesemente un recapito telefonico, per contatti in caso di necessità _____



Egr. Signore/Gent.ma Signora

Melegnano li __/__/__

Vi informiamo che i dati personali (compresi quelli sensibili ora descritti nell'art.9) che Ci fornirete saranno trattati con strumenti manuali, strumenti automatizzati, e comunque in conformità a quanto previsto, anche in termini di sicurezza dei dati, dal regolamento UE 679/2016 ai fini dell'assolvimento dei compiti affidatici, al fine di fornirvi le informazioni da Voi richieste e/o per adempiere a specifici obblighi di legge in capo al titolare del trattamento. Il conferimento dei dati è facoltativo ma un Vs. rifiuto ci impedirà di proseguire nel rapporto o di adempiere a Vostre specifiche richieste.

Nel dettaglio i Vostri dati sono legati alla nostra attività specifica di "Gestione delle richieste di ricovero, di assistenza domiciliare e di gestione dei servizi connessi al ricovero o all'assistenza domiciliare ove concessi". L'interessato ha il diritto di comunicare le variazioni/integrazioni dei dati personali. Non è prevista, salvo apposito e specifico consenso, alcuna attività di marketing massivo.

La conservazione dei dati (la cui durata è prevista nei termini legali previsti per le cartelle cliniche e/o fascicoli FASAS), rispetta gli obblighi di legge o è legata ad esigenze di specifici trattamenti di cui siete parte, è vostro diritto richiedere la cancellazione dei dati quando lo stesso diritto non sia in contrapposizione con obblighi di legge. I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione.

I Vs. dati verranno comunicati agli incaricati della scrivente necessari allo svolgimento dei compiti affidatici, ad organismi di controllo e pubblica sicurezza se richiesti, ad eventuali terze parti solo in conseguenza di utilizzo delle stesse per l'assolvimento dei compiti affidatici.

Lei ha diritto di ottenere dal titolare la cancellazione, la limitazione, l'aggiornamento, la portabilità, l'opposizione al trattamento dei dati personali che la riguardano nonché in generale i diritti previsti dagli articoli 15,16,17,18,19,20,21 e 22 del Reg. Eu. 679/2016

Non è previsto il trasferimento di Vostri dati all'estero da parte della scrivente ma eventuali terzi coinvolti nel trattamento potrebbero avvalersi di tale possibilità.

**Titolare del trattamento:
Fondazione Castellini Onlus
Via Cavour 21 – Melegnano (MI)
Responsabile della Protezione dei Dati dott.ssa Anna Rita De Paola
indirizzo e-mail: rpd@fondazionecastellini.it**

CONSENSO

Do

Non do

Il consenso affinché i miei dati vengano trattati dalla scrivente ai fini dell'inserimento nella liste di attesa o altre attività da svilupparsi secondo i modi e gli scopi indicati nell'informativa su esposta o per adempiere a specifiche vostre richieste; tale consenso NON E' PREVISTO in quanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lettera b, il trattamento si intende lecito, è richiesto a maggior tutela dei diritti dell'interessato in quanto vengo richiesti anche dati di cui all'art. 9.

Una revoca o una non concessione del consenso implica un'impossibilità a proseguire il rapporto.

Come previsto dall'art. 14 del Reg. U.E. 679/2016 Dichiaro che fornirò copia della presente informativa ai soggetti dei quali Vi comunicherò dati personali (compresi quelli sensibili ora descritti nell'art.9) da me raccolti allo scopo esclusivo di consentire l'esecuzione di quanto illustrato nella presente informativa ove io sia parte in causa.

Firma dell'interessato