



Regione
Lombardia

ASL Milano 2

Centri Diurni Integrati
Accreditati del territorio
ASL Milano 2

**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:

Pensioné NO SI se sì, 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 _____

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			
Ipertensione 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 (incluse 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 _____