



ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS ACCOGLIENZA ANZIANI

**DOMANDA DI AMMISSIONE
CENTRO DIURNO INTEGRATO CASA SAN GIORGIO**

**21040 Origgio Va
Via Ardengo Visconti, 2
Tel. 02 96732351
Fax. 02 96730922**

**Email: info@casasangio.it
www.casasangio.it**

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

DOMANDA DI INGRESSO IN C.D.I

DATI DELL'OSPITE RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il _____ Città _____ Prov _____
Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____
Telefono _____ Codice fiscale _____
Stato civile _____ Titolo di studio _____
Numero di figli _____ Maschi _____ Femmine _____
Tessera sanitaria _____ ASL _____ Codice _____

Titolare di pensione SI NO
Invalidità civile SI NO
Indennità di accompagnamento SI NO
(allegare verbale visita medica) _____ Percentuale di invalidità _____

Medico curante Cognome e Nome _____
Indirizzo _____
Telefono _____

Motivazione della richiesta

MAIL DI RIFERIMENTO PER COMUNICAZIONI _____

Figura giuridica di riferimento NO SI _____ Cognome e nome _____

IMPEGNATIVA DEL RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza delle norme di regolamento dell'Ente e della Carta dei Servizi.

Dichiara di impegnarsi a corrispondere a codesta Associazione, con decorrenza dalla data di ingresso, la retta mensile secondo gli importi determinati dal Consiglio di Amministrazione:

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che, in caso di inosservanza dell'obbligo assunto con la presente dichiarazione, l'Associazione si riserva di rinviarlo in famiglia e a procedere giudizialmente per il recupero della somma.

Cognome e nome _____ grado parentela _____
Firma _____
Data _____

LA DOMANDA DOVRA' ESSERE CONFERMATA OGNI TRE MESI ANCHE TELEFONICAMENTE
SEGNALANDO EVENTUALI VARIAZIONI

Firma _____

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

IMPEGNATIVA DEI GARANTI

I sottoscritti:

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

Riconoscendo la sussistenza dell'obbligo alimentare nei confronti del
Sig./Sig.ra _____ ai sensi dell'art. 433 c.c.

SI OBBLIGANO

In via solidale fra loro e senza obbligo per codesta Associazione della preventiva escussione del debitore principale a corrispondere vita natural durante, con decorrenza dalla data di ingresso dell'Ospite a codesta Associazione, per il ricovero dello stesso presso la Casa San Giorgio di Origgio, la retta mensile secondo l'importo determinato dal Consiglio di Amministrazione dell'Associazione.

I sottoscritti, sono a conoscenza che, in caso di inosservanza dell'obbligo assunto con la presente dichiarazione, l'Associazione si riserva il diritto di rinviare in famiglia l'Ospite, e di procedere giudizialmente per il recupero della somma:

Data _____

FIRMA PER ACCETTAZIONE

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA

CAPOFAMIGLIA

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

COMPONENTI

1.
Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

2.
Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

3.
Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

4.
Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

SITUAZIONE ABITATIVA (al domicilio)

Data _____ Firma del richiedente _____

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

PERSONE DI RIFERIMENTO

In relazione alla domanda di ammissione si segnalano i nominativi delle persone alle quali potranno essere effettuate, nell'ordine, tutte le comunicazioni che riguardano l'Ospite

1.

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____
Firma per accettazione _____

2.

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____
Firma per accettazione _____

3.

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____
Firma per accettazione _____

4.

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____
Firma per accettazione _____

5.

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____
Firma per accettazione _____

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

TARIFFE

Il Centro Diurno Integrato (CDI) è aperto con le seguenti modalità:

- **Orario di apertura: dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 17:30**
Possibilità di apertura al sabato con il medesimo orario

- **Costi delle rette mensili così determinate:**
retta mensile € 750,00 con frequenza di 5 giorni a settimana
retta mensile € 630,00 con frequenza di 4 giorni a settimana
retta mensile € 490,00 con frequenza di 3 giorni a settimana
retta mensile € 340,00 con frequenza di 2 giorni a settimana
retta mensile € 180,00 con frequenza di 1 giorno a settimana
retta mensile € 550,00 con frequenza mezza giornata di 4 o 5 giorni a settimana

Alle somme sopra riportate va aggiunta la spesa per la giornata alimentare:

- colazione costo giornaliero di € 1,50
- pranzo costo giornaliero di € 6,50
- merenda costo giornaliero di € 1,50
- cena da asporto costo giornaliero di € 6,00

A chi fruirà del trasporto tramite Casa San Giorgio la retta verrà aumentata di € 15,00 al giorno andata e ritorno.

Per il trasporto si devono prendere accordi direttamente con la Struttura.

Scelta frequenza e retta mensile (indicare con una X la scelta e apporre la firma nello spazio a fianco):

Frequenza	Scelta	Firma per accettazione
5 giorni a settimana Retta mensile € 750,00		
4 giorni a settimana Retta mensile € 630,00		
3 giorni a settimana Retta mensile € 490,00		
2 giorni a settimana Retta mensile € 340,00		
1 giorno a settimana Retta mensile € 180,00		
Mezza giornata 4/5 giorni a settimana Retta mensile € 550,00		

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali)

CDI

Il Titolare del Trattamento è l'RSA Associazione Casa San Giorgio – Onlus, in persona del legale rappresentante sig. Mario Ferrario, con sede in Via Ardengo Visconti 2, 21040 Origgio (VA), P. Iva 02121610121 (di seguito definito "il Titolare").

Il Responsabile della Protezione dei Dati personali è Siges S.r.l, Via Ferrari 21 – 21047 Saronno.

Trattamento. I dati personali vengono trattati nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/2016.

I dati forniti dall'Utente (di seguito definito "l'Interessato") saranno utilizzati al solo fine di dar seguito alle sue richieste e saranno trattati da parte di personale incaricato dal Titolare con procedure, strumenti tecnici e informatici idonei a tutelare la riservatezza e la sicurezza dei dati dell'Interessato. Il trattamento dei dati personali dell'Interessato consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distruzione degli stessi comprese la combinazione di due o più delle attività suddette.

Obblighi contrattuali e obblighi legali. I dati dell'interessato sono trattati per lo svolgimento dei seguenti obblighi:

1) Obblighi relativi alla prestazione sanitaria, legali e contrattuali e/o precontrattuali, come:

- instaurazione e gestione del rapporto di tutela, prevenzione, diagnosi, assistenza, cura e riabilitazione dei soggetti assistiti dal nostro servizio;
- assunzione di dati per necessità contrattuali e/o precontrattuali;
- programmazione e gestione dell'assistenza;
- assolvimento degli obblighi di legge previsti dalle normative vigenti;
- esecuzione delle disposizioni degli organi di vigilanza (sanitario assistenziale, economico, fiscale);
- necessità di programmazione interna, territoriale regionale e nazionale, sia da parte dell'Ente che degli Enti quali Regione, Provincia, ATS, Ministeri competenti;
- scambio di informazioni con altri servizi del comparto socio sanitario e/o assistenziale (ad esempio ricovero in Ospedale ovvero trasferimento ad altro servizio);
- adempimenti relativi a rendicontazioni sia di carattere economico che socio sanitario assistenziale con i Comuni di Residenza, ATS, Regione, ecc.;
- necessità operative e di gestione interna;
- ricerca e statistiche con trattamento anonimo;
- la fatturazione e la tenuta di scritture contabili obbligatorie e registrazioni
- comunicazione a istituti bancari e simili, per le attività di riscossione dei pagamenti e per altre attività collegate agli adempimenti contrattuali

2) Altri servizi connessi alla permanenza presso la struttura (es: servizi di segreteria, consegna corrispondenza, prenotazione di servizi).

I dati richiesti dal Titolare sono obbligatori per la conclusione del contratto ed il mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità per l'Interessato di accedere ai servizi della RSA. Per il trattamento dei dati personali per le finalità di cui sopra non è richiesto il consenso dell'Interessato poiché il trattamento dei dati è necessario per il trattamento sanitario (diagnosi, assistenza o terapia sanitaria e per la gestione di sistemi e servizi sanitari sulla base del diritto dell'UE o dello Stato membro o conformemente ad un contratto con un professionista della sanità di cui alla lett. h, art. 9 del Regolamento, l'eventuale raccolta di immagini utili all'osservazione sanitaria e per valutare l'evoluzione della malattia).

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

Finalità di ricerca scientifica e statistica. Ai sensi dell'art. 9 lett. j) del Regolamento UE 2016/679, i dati sanitari (dati particolari) dell'Interessato possono essere trattati se il trattamento è necessario per finalità di ricerca scientifica e statistica.

Il trattamento per dette finalità deve essere proporzionato alla finalità perseguita (quella sanitaria di cui sopra) e deve, in ogni caso, rispettare l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevedere misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'Interessato.

In particolare, la RSA tratta tali dati in modo da assicurare la riservatezza degli ospiti (anonimizzazione).

Per detta finalità, ai sensi del citato art. 9, lett. j) del Regolamento UE 2016/679 e in considerazione delle misure attuate dal Titolare, non è richiesto il consenso dell'Interessato.

Ulteriori servizi non inclusi negli obblighi contrattuali e legali.

È richiesto un esplicito consenso per servizi ulteriori, quali

- 1) la comunicazione a terzi e a persone specificate dei dati particolari (sensibili) relativi allo stato di salute dell'Interessato
- 2) la riproduzione di immagini e/o fotografie dell'ospite durante lo svolgimento della vita sociale presso la struttura o nel corso di particolari eventi come cene, feste, attività o gite;
- 3) l'esposizione dell'indicazione completa del nome e del cognome sui materiali forniti all'ospite.

Conservazione. I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario a fornire all'Interessato i servizi richiesti e saranno in ogni caso eliminati a seguito di richiesta dell'Interessato, salvi ulteriori obblighi di conservazione previsti dalla legge.

Diffusione e comunicazione. I dati dell'Interessato non saranno diffusi e comunicati a terzi, salvo che per assolvere obblighi contrattuali o di legge o su esplicito consenso dell'Interessato stesso.

Responsabili del trattamento. Nell'ambito della sua attività e per le finalità sopra indicate il Titolare potrà avvalersi di servizi resi da soggetti terzi che operano per conto del Titolare e secondo le sue istruzioni. Tali soggetti sono chiamati responsabili del trattamento e possono essere fornitori, consulenti tecnici, altri soggetti analoghi che collaborano con la nostra organizzazione per assolvere gli impegni contrattuali assunti con l'Interessato. Rientrano tra tali soggetti coloro che forniscono un servizio strettamente e necessariamente collegato all'attività del Titolare quali consulenti fiscali, banche, assicurazioni, enti pubblici che possono eseguire ispezioni o verifiche. L'Interessato potrà richiedere un elenco completo e aggiornato dei soggetti nominati responsabili del trattamento rivolgendosi al contatto sotto indicato.

Trasferimento all'interno dell'Unione Europea e extra UE. I dati potranno essere trasferiti all'interno della Unione Europea, ove il Titolare o i suoi fornitori e collaboratori abbiano sede o abbiano i propri server. I dati non saranno trasferiti fuori dalla Unione Europea.

DIRITTI DELL'INTERESSATO:

L'interessato, ha diritto in ogni momento di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso (art. 15 GDPR) e la rettifica (art. 16 GDPR) dei dati che lo riguardano.

Può altresì chiedere la cancellazione dei propri dati (art. 17 GDPR) o la limitazione del trattamento (art. 18 GDPR) o di opporsi al loro trattamento (art. 21 GDPR), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20 GDPR).

In caso di rettifica o cancellazione o limitazione dei dati, il Titolare provvede a comunicare le intervenute modifiche ai destinatari cui sono trasmessi i dati (art. 19 GDPR).

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

In ogni caso, è fatta salva la possibilità per l'Interessato di rivolgersi all'Autorità Garante o di adire l'Autorità giudiziaria.

Contatti:

I dati di contatto del Titolare del trattamento sono i seguenti:

Tel.: 02.96732351

info@casasangiorgio.it

Per contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO):

e-mail dpo1@sigesgroup.it

tel. 02.967181

AGGIORNATA IL 27/02/2020

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

Autorizzazione al Trattamento dei Dati (Regolamento UE 2016/679)

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

in qualità di:

Ospite Tutore Curatore Amm. di sostegno Altro _____

Documento di identità (per tutore, curatore, ecc.) _____

dell'Ospite (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

(sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000)

informato in data odierna della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento Europeo n. 679 del 2016, letta l'informativa sul trattamento dei dati personali, portato a conoscenza della necessità del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di ulteriori dati nel corso della prestazione:

AUTORIZZO il CDI/RSA a comunicare alle sotto indicate persone i dati particolari (sensibili) relativi al mio stato di salute

	COGNOME e NOME	SI / NO	RECAPITO TELEFONICO
CONIUGE		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	
FIGLI		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	
ALTRI		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	
ALTRI		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

AUTORIZZO il CDI/RSA a esporre o pubblicare presso la struttura opuscoli, giornali o manifesti, foto o filmati rappresentanti la propria persona scattate nel corso di particolari eventi come cene, feste, attività o gite.

SI **NO**

AUTORIZZO il CDI/RSA a esporre o pubblicare sul sito internet o sui canali social (es: Facebook) foto o filmati rappresentanti la propria persona scattate nel corso di particolari eventi come cene, feste, attività o gite.

SI **NO**

AUTORIZZA il CDI/RSA a esporre l'indicazione completa del nome e del cognome o di foto all'interno della struttura.

SI **NO**

Il termine di conservazione di tali dati coincide con il periodo di permanenza presso la struttura cessato il quale, a meno di obblighi di conservazione di legge, i dati verranno distrutti.

Luogo, data _____ Firma _____

In caso di soggetto analfabeta, apporre il segno X nello spazio riservato alla firma. Il familiare o il soggetto accompagnatore deve compilare la parte sottostante.

In caso di soggetto fisicamente impossibilitato alla firma ma capace di intendere e di volere, il familiare o il convivente o in mancanza il medico deve compilare il modulo sottostante:

Io sottoscritto (cognome e nome) _____ ,

in qualità di _____ , recapito telefonico _____

in relazione alla condizione di:

analfabetismo impedimento fisico del paziente sopra indicato

dichiaro di aver assistito alla consegna dell'informativa ed alla manifestazione del consenso da parte del paziente

mediante apposizione del segno X nello spazio riservato alla firma

in forma di _____

Data _____

Firma _____

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

SCHEDA DI INSERIMENTO

<p>Informazioni anagrafiche</p>	<p>Nome _____</p> <p>Cognome _____</p> <p>Nato a _____ il ___/___/_____</p> <p>Residente a _____</p> <p>Via/Piazza _____ n. _____</p>
<p>Professione, pensione, invalidità</p>	<p>Professione svolta in passato _____</p> <p>Pensione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Ente erogatore _____</p> <p>Accompagnamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Invalidità <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Codice invalidità _____</p> <p>Altre provvidenze economiche <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>
<p>Modalità di gestione del reddito</p>	<p><input type="checkbox"/> Anziano stesso</p> <p><input type="checkbox"/> Familiare</p> <p><input type="checkbox"/> Amministratore</p> <p><input type="checkbox"/> Altro</p>
<p>Persona/Familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)</p>	
<p>Medico di Medicina Generale</p>	<p>Dr./Dr.ssa _____</p> <p>Telefono _____</p>
<p>Servizi di supporto in atto: assistente domestica, ADI, servizio a domicilio, centro diurno, etc...</p>	
<p>Provenienza: Domicilio, Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro</p>	

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniali	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> Altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete Familiare (Persone Conviventi, coniuge, figli, altro)	Familiare Convivente <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Nome: _____) Figli n. _____ Badante <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Diete particolari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI specificare _____
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI specificare _____
Fumo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI specificare _____
Alcool	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI specificare _____
Interessi attuali, attività sociali svolte Lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Capacità di nutrirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
Masticazione	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca
Protesi dentaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI e la usa <input type="checkbox"/> SI ma non la usa
Autonomia nell'alimentarsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di aiuto, stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Non Autonomo
Autonomia nel procurarsi il cibo	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di aiuto, stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Non Autonomo
Autonomia nella cura della casa	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di aiuto, stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Non Autonomo

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

Piccola igiene personale (lavarsi le mani, facci, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere
Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterato
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

Previsione di contatti con il paziente (es., n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	
In grado di indossare correttamente la mascherina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
In grado di mantenere distanziamenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Vaccinazioni Covid	<input type="checkbox"/> FATTE <input type="checkbox"/> NON FATTE motivazione _____
Tampone per Covid all'ingresso con data _____	Esito: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite

Data _____

Firma _____

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

<p>Informazioni anagrafiche</p>	<p>Nome _____</p> <p>Cognome _____</p> <p>Nato a _____ il ___/___/_____</p> <p>Residente a _____</p> <p>Via/Piazza _____ n. _____</p>
<p>Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. Sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)</p>	
<p>Malattie infettive note (epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse)</p>	
<p>Situazione clinica attuale (patologie in atto condizioni invalidanti)</p>	
<p>Dispositivi in uso</p>	<p>Catetere vescicale _____</p> <p>Sondino naso-gastrico _____</p> <p>PEG _____</p> <p>Catetere venoso centrale _____</p> <p>Pace maker _____</p> <p>ICD (defibrillatore) _____</p> <p>Tracheostomia _____</p> <p>Stomie _____</p> <p>Broncoaspirazione _____</p> <p>Porth a cath _____</p> <p>Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroiler...)</p> <p>Ventilatore per sindrome apnee notturne del sonno _____</p> <p>Ventilatore per insuff. respiratorie gravi _____</p>

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

Ausili / presidi in uso (carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori)	
● Lesioni da decubito ● Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale, celiachia, altro) ALLERGIE	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Interventi programmati Necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografia o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI specificare _____ _____ _____
Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note _____ _____ _____ _____

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

Giudizio sulla stabilità clinica	<p><input type="checkbox"/> Stabile = nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli > 60 gg.</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Moderatamente stabile = con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Moderatamente instabile = con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Instabile = con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Acuzia= con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani _____</p>
----------------------------------	---

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	<p>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si richiede visita domiciliare <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
--	--

Data _____

Firma _____



CDI CASA SAN GIORGIO ORIGGIO

SCHEDA PRESENTAZIONE INGRESSO NUOVO OSPITE

NOME E COGNOME **DATA DI NASCITA** **ETA'**
RESIDENZA **PATOLOGIE**
FARMACI

PREVENZIONE DA SARS-COV-2 VACCINAZIONE ANTICOVID

- SI (numero dosi:)
- NO

BISOGNI FISIOLGICI

DIURESIS AUTONOMA

- SI
- NO
- DIURESIS AUTONOMA MA NECESSITA DI CONTROLLO E AIUTO

INCONTINENTE ALLE URINE

- SI
- NO

FECI CONTINENTE

- SI
- NO

USO DI PRESIDI ASSORBENTI

- SI
- NO

USO DI PROTESI

USO DI PROTESI DENTARIA

- SI
- NO

USO DI PROTESI ACUSTICHE

- SI
- NO

USO DI OCCHIALI

- SI
- NO

DEAMBULAZIONE

- AUTONOMA
- AUTONOMA MA ASSISTITA

USO DI AUSILI PER MOVIMENTO

- SI (se si, quale)
- NO
- USO DI CARROZZINA
- USO DI CARROZZINA SOLO PER LUNGHI PERCORSI



ALIMENTAZIONE

- AUTONOMA
- AUTONOMA MA ASSISTITA
- DISFAGIA

QUALITA' CIBO

- INTERO
- INTERO MORBIDO
- CARNE MACINATA
- PASTO MACINATO MA SPORZIONATO
- PASTO UNICO FRULLATO
- USO DI ADDENSANTE NEI CIBI BRODOSI

IDRATAZIONE

- AUTONOMA
- AUTONOMA MA DEVE ESSERE STIMOLATA E AIUTATA
- USO DI ADDENSANTE

COGNITIVITA'

- BUONA
- DISCRETA
- CONFUSA (indicare con X) A TRATTI SEMPRE RARAMENTE
- DISORIENTATA (indicare con X) A TRATTI SEMPRE RARAMENTE
- PRESENTA (indicare con X) ANSIA DEPRESSIONE AGITAZIONE APATIA

SOCIALITA'

- INTROVERSO
- TIMIDO
- ESTROVERSO
- EUFORICO
- APATICO
- DISINTERESSATO
- NON AMA CONTATTI
- AMA I CONTATTI

CAPACITA' DI ESPRIMERSI

- BUONA
- LINGUAGGIO PARZIALMENTE DESTRUTTURATO
- AFASIA
- TOTALMENTE DESTRUTTURATO
- NON PARLA MA CERCA DI FARSI CAPIRE

ALLERGIE ALIMENTARI

- NO
- SI - QUALI

ALLERGIE A FARMACI

- NO
- SI - QUALI



IN GRADO DI MANTENERE DISTANZIAMENTI

- SI
- NO

IN GRADO DI INDOSSARE MASCHERINA

- SI
- NO

GIORNATE DI PRESENZA giorno della settimana

- 1 GIORNO
- 2 GIORNI
- 3 GIORNI
- 4 GIORNI
- 5 GIORNI
- MEZZE GIORNATE



RETTE RSA E CDI

Anno 2024

RSA

Camera singola nucleo Non autosufficienti (2° piano)	2.700,00 € retta mensile
Camera doppia nucleo Non autosufficienti (2° piano)	2.450,00 € retta mensile
Camera singola nucleo Alzheimer (1° piano)	2.750,00 € retta mensile
Camera doppia nucleo Alzheimer (1° piano)	2.500,00 € retta mensile

Dalle rette sono esclusi tutti i servizi aggiuntivi – parrucchiera - podologa

CDI

Retta mensile € 750,00 con frequenza di 5 giorni a settimana

Retta mensile € 630,00 con frequenza di 4 giorni a settimana

Retta mensile € 490,00 con frequenza di 3 giorni a settimana

Retta mensile € 340,00 con frequenza di 2 giorni a settimana

Retta mensile € 180,00 con frequenza di 1 giorno a settimana

Retta mensile € 550,00 con frequenza mezza giornata di 5 giorni a settimana

Trasporto: a chi fruirà del trasporto tramite Casa San Giorgio la retta verrà aumentata di € 15,00 al giorno andata e ritorno

Per usufruire del servizio di trasporto prendere accordi con la direzione

Giornata alimentare:

colazione costo giornaliero di € 1,50

pranzo costo giornaliero di € 6,50

merenda costo giornaliero di € 1,50

cena da asporto costo giornaliero di € 6,00

Podologa € 30,00 per ogni intervento

Nella domanda di ammissione devono essere presenti:

1. **PER LA PARTE ANAGRAFICA:**

- Documento d'identità dell'ospite in corso di validità;
- Tessera sanitaria;
- Copia tesserini di esenzione, copia di eventuali verbali di invalidità e accompagnamento;
- Documento in corso di validità dei/del familiari/e di riferimento indicati/o in domanda.

2. **NOTE SULL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:** esiste forma giuridica? Quale? Se presente, allegare nomina e documento d'identità in corso di validità dell'amministratore;

3. **PARTE MEDICA:** a carico del medico di provenienza, deve sempre essere indicata la terapia farmacologica assunta dall'ospite;

4. **MODULO PRIVACY** sempre firmato;

5. **CONTRATTO FIRMATO DALL'OSPITE O DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE.**

NB. Tutta la documentazione dev'essere sempre firmata e datata.