



## **ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS ACCOGLIENZA ANZIANI**

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

*Via Ardengo Visconti, 2  
21040 - Origgio (VA)  
Tel. 02 96732351  
Fax. 02 96730922*

*Email: [info@casasangiorgio.it](mailto:info@casasangiorgio.it)  
[www.casasangiorgio.it](http://www.casasangiorgio.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 \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria \_\_\_\_\_

Titolare di pensione SI ☐ NO ☐  
Invalidità civile SI ☐ NO ☐ (**allegare verbale visita medica**)  
Indennità di accompagnamento SI ☐ NO ☐  
Percentuale di invalidità \_\_\_\_\_

☐ **Dichiaro di non aver attive misure socio assistenziali e sanitarie incompatibili con il Centro  
Diurno Integrato e di non volerle attivare nel corso della frequenza del nostro CDI**

Medico curante Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

MAIL DI RIFERIMENTO PER COMUNICAZIONI \_\_\_\_\_

### DATI DELLA FIGURA DI PROTEZIONE GIURIDICA (tutore/curatore/amministratore di sostegno) LADDOVE PRESENTE

Il Sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
(C.F. \_\_\_\_\_) nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualità di  
Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno dell'Ospite Richiedente sig./sig.ra  
\_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_, come da  
provvedimento in data \_\_\_\_\_ del giudice tutelare che si allega in copia

### DATI DEL RICHIEDENTE OBBLIGATO

il Sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
(C.F. \_\_\_\_\_) nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ (grado di parentela) e di soggetto di riferimento del/della  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Ospite Richiedente come sopra identificato/a, il/la quale  
sottoscrive la presente domanda d'ingresso in CDI in favore dell'Ospite Richiedente e che,  
in caso d'ingresso dell'Ospite Richiedente in CDI, sottoscriverà il contratto di accesso al CDI  
in favore dell'Ospite beneficiario nonché in proprio diventando obbligato in solido con lo  
stesso per le prestazioni tutte di cui al contratto di accesso al CDI ivi comprese anche quelle  
di natura economica.

# ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

L'Ospite Richiedente o il Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno dell'Ospite Richiedente per l'Ospite Richiedente e/o il Richiedente Obbligato per l'Ospite Richiedente dichiarano di essere a conoscenza delle norme di regolamento del CDI, della natura e del tenore dei servizi offerti e della Carta dei Servizi e

## CHIEDE

**Di essere ammesso al Centro Diurno Integrato di Associazione Casa San Giorgio- Onlus**

Motivazione della richiesta: \_\_\_\_\_

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 giorni a settimana Retta mensile € 180,00		
Mezza giornata 4/5 giorni a settimana Retta mensile € 550,00		

**Alle somme delle rette 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.**

**Il Centro Diurno Integrato (CDI) è aperto con le seguenti modalità: dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 17:30.**

## Familiare di riferimento

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_  
Firma per accettazione \_\_\_\_\_

## ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

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 \_\_\_\_\_

**TERZI OBBLIGATI che, in caso d'ingresso dell'Ospite Richiedente in CDI, sottoscriveranno il contratto di accesso al CDI diventando obbligati in solido con lo stesso per le prestazioni tutte di cui al contratto di accesso al CDI ivi comprese anche quelle di natura economica.**

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 \_\_\_\_\_

La domanda dovrà essere confermata ogni tre mesi anche telefonicamente segnalando eventuali variazioni e L'Ospite Richiedente o il Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno dell'Ospite Richiedente e/o il Richiedente Obbligato si impegna a comunicare a Casa San Giorgio l'eventuale rinuncia all'ingresso.

## ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

In caso di ingresso al CDI dovrà essere preventivamente sottoscritto il contratto di accesso al CDI.

Origgio, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
L'Ospite Richiedente

\_\_\_\_\_  
Il Tutore/ Il Curatore / L'Amm.re di Sostegno

\_\_\_\_\_  
Richiedente Obbligato

# ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

## AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA

### Soggetto

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

### 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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

**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).

**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).

# ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

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 posso 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).

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](mailto:info@casasangiorgio.it)

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

e-mail [dpo1@sigesgroup.it](mailto:dpo1@sigesgroup.it)

tel. 02.967181



# 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	

**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, Instagram, YouTube) 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**

## ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

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 dell'ospite

☐ mediante apposizione del segno X nello spazio riservato alla firma

☐ in forma di \_\_\_\_\_

**Luogo** \_\_\_\_\_, **Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

# ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

## SCHEDA DI INSERIMENTO

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

## ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

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...	
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
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

## ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

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
Capacità di usare il telefono	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado

## ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

Uso della sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> autonomo nell'uso    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ausili utilizzati	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> SI    Specificare quali _____ <input type="checkbox"/> Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____ il _____
Accetta la terapia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Assume la terapia autonomamente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sonno - riposo	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia
Aggressività	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A volte
Memoria	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Dimentica i fatti recenti <input type="checkbox"/> Memoria persa totalmente
Orientamento spazio/temporale	<input type="checkbox"/> Orientata nel tempo e nello spazio <input type="checkbox"/> Disorientata solo nel tempo o solo nello spazio <input type="checkbox"/> Disorientamento
Cadute negli ultimi 3 mesi	<input type="checkbox"/> SI                    n° _____ <input type="checkbox"/> NO
Utilizza una contenzone	<input type="checkbox"/> SI    specificare _____ <input type="checkbox"/> NO

**All'atto dell'ingresso, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite**

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ONLUS - ORIGGIO

## CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il ____/____/____ Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
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)	
Malattie infettive note (epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse)	
Situazione clinica attuale (patologie in atto condizioni invalidanti)	
Dispositivi in uso	Catetere vescicale _____ Sondino naso-gastrico _____ PEG _____ Catetere venoso centrale _____ Pace maker _____ ICD (defibrillatore) _____ Tracheostomia _____ Stomie _____ Broncoaspirazione _____ Porth a cath _____ Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroiler...) Ventilatore per sindrome apnee notturne del sonno _____ Ventilatore per insuff. respiratorie gravi _____

## 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	<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Stabile = nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli &gt; 60 gg.                 </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Moderatamente stabile = con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni                 </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"> <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                 </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Instabile = con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano                 </div> <div> <input type="checkbox"/> Acuzia= con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani _____                 </div>
----------------------------------	---

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



CDI CASA SAN GIORGIO ORIGGIO

## **SCHEDA PRESENTAZIONE INGRESSO NUOVO OSPITE**

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

### **BISOGNI FISIOLGICI**

#### **DIURESI AUTONOMA**

- ☐ SI
- ☐ NO
- ☐ DIURESI 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 .....

GIORNATE DI PRESENZA ..... giorno della settimana

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

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.