

CASA DI RIPOSO DON FERDINANDO CREMONA

O.N.L.U.S.

Codice Ente 001501

via Britannici n°18, 25036 Palazzolo sull'Oglio (Bs)

Tel. 030/74 37 711

Fax 030/74 37 72 06

e-mail: don_cremona@libero.it

direzionegeneraledoncremona@gmail.com

AL PRESIDENTE

CASA DI RIPOSO DON F CREMONA – ONLUS

PALAZZOLO SULL'OGGIO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a presso codesta Casa di Riposo e dichiara di essere a conoscenza e di accettare le norme che regolano la vita comunitaria.

DICHIARA

Di essere residente nel comune di Palazzolo Sull' Oglio o nel comune di _____

Ricompreso nell'area ATS di Brescia e di avere ancora in vita i seguenti parenti:

| grado di parentela | Cognome e nome | Via, numero, CAP, città | Telefono | e-mail |
|--------------------|----------------|-------------------------|----------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Palazzolo Sull'Oglio, lì _____

IL RICHIEDENTE _____

Nel caso di soggetto non autosufficiente la domanda va firmata alla voce "richiedente" dal soggetto che ne ha la tutela o la rappresentanza

CASA DI RIPOSO DON FERDINANDO CREMONA

O.N.L.U.S.

Codice Ente 001501

via Britannici n°18, 25036 Palazzolo sull'Oglio (Bs)

Tel. 030/74 37 711

Fax 030/74 37 72 06

e-mail: don_cremona@libero.it

direzionegeneraledoncremona@gmail.com

DOMANDA DI INGRESSO

COGNOME E NOME _____

DATAT DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____

VIA _____ N _____ TEL _____

ATS DI PROVENIENZA _____ ATS DI APPARTENENZA _____

PENSIONE _____ N° ESENZIONE TICKET _____

CODICE FISCALE _____

MEDICO CURANTE _____

INVALIDITA' CIVILE: SI NO ACCOMPAGNAMENTO: SI NO DAL _____

GRADO DI ISTRUZIONE

1. Analfabeta
2. Elementare
3. Media inf.
4. Media sup.
5. Università
6. Non risposta

POSIZIONE PROFESSIONALE

1. Operaio /a
2. agricoltore
3. Lavoratore autonomo
4. Impiegato/a
5. Libero professionista
6. Nessuna
7. Non risposta

STATO CIVILE

1. Nubile/ celibe
2. Vedovo/a
3. Coniugato/a
4. Separato/a
5. Divorziato/a
6. Non risposta

CONDIZIONE PROFESSIONALE

1. attiva
2. Non attivo/a
3. Non risposta

CASA DI RIPOSO DON FERDINANDO CREMONA

O.N.L.U.S.

Codice Ente 001501

via Britannici n°18, 25036 Palazzolo sull'Oglio (Bs)

Tel. 030/74 37 711

Fax 030/74 37 72 06

e-mail: don_cremona@libero.it

direzionegeneraledoncremona@gmail.com

PROVENIENZA

1. Domicilio
2. Ospedale
3. Altra struttura
4. Altro

INIZIATIVA DELLA DOMANDA

1. propria
2. Familiare o affine
3. Soggetto civilm. obbligato
4. tutore

LA PERSONA E' INFORMATA DELLA DOMANDA?

1. SI
2. NO

MOTIVO DELLA DOMANDA

1. Perdita dell'autonomia
2. Famiglia non in grado di provvedere
3. Solitudine
4. Alloggio non idoneo
5. Altro _____

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE

Cognome e nome _____

Comune di residenza _____

Via _____ n. _____ cap _____

Telefono / mail _____

Grado di parentela _____

Firma del richiedente

Data domanda _____

CASA DI RIPOSO DON FERDINANDO CREMONA

O.N.L.U.S.

Codice Ente 001501

via Britannici n°18, 25036 Palazzolo sull'Oglio (Bs)

Tel. 030/74 37 711

Fax 030/74 37 72 06

e-mail: don_cremona@libero.it

direzionegeneraledoncremona@gmail.com

ALLEGATO ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA CASA DI RIPOSO DON F. CREMONA.

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

DICHIARA

- DI NON AVERE IN CORSO DOMANDA DI CONCESSIONE DI ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO O RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA'
- DI AVERE OTTENUTO IL RICONOSCIMENTO DI INVALIDO COME RISULTA DA COPIA DEL VERBALE ALLEGATO
- DI NON AVERE OTTENUTO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO (INDIPENDENTEMENTE DALLA RISCOSSIONE) COME RISULTA COPIA DEL VERBALE ALLEGATO.
- DI AVER PRESENTATO DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' E DI AVERE LA PRATICA TUTT'ORA IN CORSO (ALLEGRO COPIA DELLA DOMANDA PRESENTATA)
- DI AVERE PRESENTATO DOMANDA DI CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO E DI AVERE LA PRATICA TUTT'ORA IN CORSO (ALLEGA COPIA DELLA DOMANDA PRESENTATA)

Lì _____

IL RICHIEDENTE

Nel caso di soggetto non autosufficiente la dichiarazione va resa e sottoscritta dal soggetto che ha la tutela e/o rappresentanza.

**CASA DI RIPOSO DON FERDINANDO CREMONA
O.N.L.U.S.**

Codice Ente 001501

via Britannici n°18, 25036 Palazzolo sull'Oglio (Bs)

Tel. 030/74 37 711

Fax 030/74 37 72 06

e-mail: don_cremona@libero.it

direzionegeneraledoncremona@gmail.com

CASA DI RIPOSO DON FERDINANDO CREMONA ONLUS

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

**EVENTUALI CLIENTI GENERICI PEROSNE FISICHE :
INFORMAZIONI**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, la informiamo che la nostra organizzazione ha improntato le proprie attività in modo da offrire la massima tutela dei suoi dati personali, che lei ci fornisce o di cui comunque venissimo a conoscenza.

I dati forniti saranno trattati con le seguenti finalità:

- finalità strumentali alla gestione del rapporto con i clienti,
- finalità connesse agli obblighi di legge,
- finalità di tipo gestionale, di gestione finanziaria e creditizia, di controllo e tutela dei crediti.

Premesso che tali dati saranno utilizzati esclusivamente in funzione della diretta finalità per cui ci sono forniti, precisiamo che l'opposizione al trattamento o il mancato conferimento di taluni dati potrebbe rendere impossibile l'esecuzione di contratti e la continuazione del rapporto.

Consideri che:

- i dati potranno essere da noi comunicati alle società di assicurazione e a fornitori di servizi, quali, a titolo esemplificativo, agenti, servizi bancari, finanziari, contabili, di consulenza fiscale, di trasporto, controllo e recupero crediti, nonché, nell'ambito di obblighi derivanti da normative nazionali o locali, a enti locali ed altri enti pubblici.
- In ogni momento lei potrà chiedere, fermo restando quanto sopra detto in riferimento al mancato consenso, di esercitare i suoi diritti, compresi l'accesso ai dati personali trattati, la richiesta di procedere alla loro rettifica o cancellazione, alla limitazione del trattamento, nonché a revocare il consenso fornito o ad opporsi al trattamento stesso, alla portabilità dei dati, come pure di proporre reclamo al Garante della Privacy.

I dati forniti saranno conservati per tutta la durata del rapporto instaurato e comunque quantomeno per i tempi minimi richiesti dalle normative di legge di riferimento. La conservazione dei dati sanitari è sottoposta alle leggi dello Stato in materia. Allo stato attuale la conservazione è illimitata. I dati di diversa natura, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati

Titolare del trattamento è CASA DI RIPOSO DON FERDINANDO CREMONA ONLUS, con i seguenti contatti:

- Sede: Palazzolo – 25036 in via Britannici, 18
- Telefono: 030/7437711
- Mail: direzionegeneraledoncremona@gmail.com

Il responsabile per la protezione dei dati è contattabile a mezzo e-mail al seguente indirizzo dpo@doncremona.com

Il Titolare del trattamento

(timbro azienda e firma Legale Rappresentante)

Data _____

in fede _____



Regione
Lombardia

ASST Franciacorta

DISTRETTO DI PALAZZOLO SULL'OGLIO

Via Lungo Oglio Cesare Battisti, 39 – 25036 Palazzolo s/O

Tel. 030.7007645 Fax 030.7007629

E-mail: distretto.palazzolo@aslbrescia.it

Spett.le
Unità di Continuità Assistenziale
Multidimensionale
(U.C.A.M.)
Distretto di

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
per accedere alla rete dei Servizi Socio - Sanitari - Assistenziali per anziani

Il/la sottoscritto/a data di nascita

Codice Fiscale Tessera Sanitaria n°

Comune di residenza Prov.

Via telefono

CHIEDE

la valutazione multidimensionale al fine di accedere ai Servizi semiresidenziali o residenziali.

..... li

In fede

.....
(firma del richiedente)

oppure

.....
(firma del TUTORE o del PARENTE)
(specificare il grado di parentela)

La presente richiesta va inviata (anche via fax 0307007629) alla UCAM del Distretto non appena compilata.
La copia della stessa va consegnata al richiedente.
La presente costituisce punteggio, sulla base della data di protocollo, per la graduatoria della lista di attesa.



Regione Lombardia

ASST Franciacorta

DISTRETTO DI PALAZZOLO SULL'OGLIO

Via Lungo Oglio Cesare Battisti, 39 – 25036 Palazzolo s/O

Tel. 030.7007645 Fax 030.7007629

E-mail: distretto.palazzolo@aslbrescia.it

Spett.le
Unità di Continuità Assistenziale
Multidimensionale
(U.C.A.M.)
Distretto di

RICHIESTA DI PREFERENZA

Il/la sottoscritto/a data di nascita

Codice Fiscale Tessera Sanitaria n°

Comune di residenza Prov.

Via telefono

CHIEDE

Rispetto al proprio eventuale collocamento in R.S.A. esprime le seguenti preferenze :

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Iseo R.S.A "Cacciamatta" | <input type="checkbox"/> Adro | <input type="checkbox"/> Castelvovati |
| <input type="checkbox"/> Marone | <input type="checkbox"/> Capriolo | <input type="checkbox"/> Castrezzato |
| <input type="checkbox"/> Sale Marasino | <input type="checkbox"/> Cologne | <input type="checkbox"/> Chiari |
| | <input type="checkbox"/> Palazzolo S/O | <input type="checkbox"/> Coccaglio |
| | <input type="checkbox"/> Pontoglio | <input type="checkbox"/> Rovato |
| | | <input type="checkbox"/> Rudiano |
| | | <input type="checkbox"/> Urago d'Oglio |

(Segnare con 1 per preferenze d'inserimento provvisorio e con 2 per preferenze d'inserimento definitivo)

Per eventuali variazioni nelle preferenze, aggiornare questo modulo richiedendolo ai Servizi Sociali .

..... li

In fede

.....
(firma del richiedente)

oppure

.....
(firma del TUTORE o del PARENTE)
(specificare il grado di parentela)

La presente richiesta va inviata (anche via fax 0307007629) alla UCAM del Distretto non appena compilata.



Presidio Territoriale di Chiari

P.zza Martiri della Libertà, 25 – 25032 Chiari

Tel. 030.7007011 Fax 030.7007045

E-mail: protocollo@pec.asst-franciacorta.it

Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.)

Presidio Territoriale di Chiari

E-mail: protocollo@pec.asst-franciacorta.it

**RICHIESTA D'INSERIMENTO IN R.S.A. DEI PRESIDII DI
ISEO, PALAZZOLO s/O, CHIARI**

Il/la sottoscritto/a data di nascita

Codice Fiscale Tessera Sanitaria n°

Comune di residenza Prov.

Via telefono

Indirizzo e-mail

CHIEDE

Il collocamento in R.S.A. all'interno del PreSST della ASST FRANCIACORTA (Presidi di Iseo-Palazzo S/O.- Chiari) ed esprime le seguenti preferenze:

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sale Marasino | <input type="checkbox"/> Adro | <input type="checkbox"/> Castelvotati |
| <input type="checkbox"/> Iseo R.S.A "Cacciamatta" | <input type="checkbox"/> Capriolo | <input type="checkbox"/> Castrezzato |
| <input type="checkbox"/> Marone | <input type="checkbox"/> Cologne | <input type="checkbox"/> Chiari |
| | <input type="checkbox"/> Palazzolo S/O | <input type="checkbox"/> Coccaglio |
| | <input type="checkbox"/> Pontoglio | <input type="checkbox"/> Rovato |
| | | <input type="checkbox"/> Rudiano |
| | | <input type="checkbox"/> Urago d'Oglio |



Si prega di allegare la valutazione delle autonomie effettuata, preferibilmente, dall'Unità di Valutazione Geriatrica o, in alternativa, dal Medico curante.

Si prega di allegare, inoltre, il modulo di acquisizione del consenso per il trattamento dei dati "sensibili" necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nella informativa.

In fede

.....
(firma del richiedente)
oppure

.....
(firma del TUTORE o del PARENTE)
(specificare il grado di parentela)

INFORMATIVA PRIVACY

Regolamento 679/2016/UE

Informativa Interessati - Servizi generici

Al sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, informiamo che Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Franciacorta, in qualità di Titolare del trattamento, tratta i dati personali da Lei forniti per iscritto, (via fax, via e-mail) o verbalmente e liberamente comunicati (Art. 13.1.a Regolamento 679/2016/UE). Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Franciacorta garantisce che il trattamento dei dati personali si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'Interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

1. Data Protection Officer (DPO) / Responsabile della Protezione dei dati (RPD) (Art. 13.1.b Regolamento 679/2016/UE)

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

| DPO | P.IVA | Via/Piazza | CAP | Comune | Nominativo del DPO |
|---------|-------------|------------------------|-------|--------|--------------------|
| LTA Srl | 14243311009 | Vicolo delle Palle, 25 | 00186 | Roma | RECUPERO LUIGI |

Il Data Protection Officer è reperibile presso la sede aziendale del Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Franciacorta in Chiari. In caso di istanze/comunicazione scritte da inviarsi in modalità digitale il Data Protection Officer può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'ente (protocollo@pec.asst-franciacorta.it) indicati sul sito web dell'Ente.

2. Finalità del Trattamento (Art. 13.1.c Regolamento 679/2016/UE)

Tutti i dati personali e sensibili comunicati dal soggetto Interessato, sono trattati dal Titolare del trattamento sulla base di uno o più dei seguenti presupposti di liceità:

- erogazione di servizi richiesti espressamente dall'Interessato (Art. 6.1.a Regolamento 679/2016/UE);
- rispondere ad un obbligo di legge (Art. 6.1.c Regolamento 679/2016/UE);
- Il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali da parte dell'Interessato o di un'altra persona fisica (Art. 6.1.d e Art. 9.2.c Regolamento 679/2016/UE);
- esercitare un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri (Art. 6.1.e e Art. 9.2.g Regolamento 679/2016/UE);
- il trattamento è necessario per finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi di servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione Europea o degli Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità (Art. 9.2, lett. h) Reg. 679/2016);
- il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione di gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione Europea o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale (Art. 9.2, lett. i) Reg. 679/2016);
- il trattamento è necessario ai fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici in conformità dell'articolo 89, paragrafo 1, sulla base del diritto dell'Unione o nazionale, che è proporzionato alla finalità perseguita, rispetta l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato (Art. 9.2, lett. j) Reg. 679/2016);

In elenco, le finalità per cui i dati personali dell'Interessato verranno trattati:

- inserimento nelle anagrafiche e nei database informatici aziendali;
- gestione di obblighi di natura contabile e fiscale;
- gestione delle richieste da parte dell'Interessato;
- rendicontazione nei confronti degli enti ai quali la normativa riconosce poteri di monitoraggio e controllo nei confronti dell'Azienda;

3. Eventuali destinatari o eventuali categorie di destinatari dei dati personali (Art. 13.1.e Regolamento 679/2016/UE)

- I dati personali dell'Interessato, nei casi in cui risultasse necessario, potranno essere comunicati (con tale termine intendendosi il darne conoscenza ad uno o più soggetti determinati):
- ai soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria, nonché di contrattazione collettiva (secondo le prescrizioni del Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari approvato dalla Regione Lombardia);

- ai soggetti ai quali la comunicazione dei dati personali risulta necessaria o comunque funzionale alla gestione di servizi richiesti nei modi e per le finalità sopra illustrate;
- agli uffici postali, a spedizionieri ed a corrieri per l'invio di documentazione e/o materiale;
- ad istituti bancari per la gestione d'incassi e pagamenti derivanti dall'esecuzione dei contratti.

Si rende edotto l'Interessato che il conferimento dei dati personali oggetto della presente informativa risulta essere necessario al fine di poter erogare nel modo corretto i servizi richiesti dallo stesso. Nell'eventualità in cui tali dati non venissero correttamente forniti non sarà possibile soddisfare le richieste dell'Interessato. Si comunica che verrà richiesto specifico ed espresso consenso nell'eventualità in cui si verificasse la necessità di una comunicazione di dati a soggetti terzi non espressamente indicati. I dati personali relativi allo stato di salute, la vita sessuale, i dati genetici ed i dati biometrici non vengono in alcun caso diffusi (con tale termine intendendosi il darne conoscenza in qualunque modo ad una pluralità di soggetti indeterminati).

4. Criteri utilizzati al fine di determinare il periodo di conservazione (Art. 13.2.a Regolamento 679/2016/UE)

Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Franciacorta dichiara che i dati personali dell'Interessato oggetto del trattamento saranno conservati per il periodo necessario a rispettare i termini di conservazione stabiliti dal Massimario di Scarto approvato dalla Regione Lombardia attualmente in vigore e ss.mm.ii. e comunque non superiori a quelli necessari per la gestione dei possibili ricorsi/contenziosi.

5. Diritti dell'interessato (Art. 13.2.b Regolamento 679/2016/UE)

Si comunica che, in qualsiasi momento, l'Interessato può esercitare:

- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 15 Reg. 679/2016/UE, di poter accedere ai propri dati personali;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 16 Reg. 679/2016/UE, di poter rettificare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare in caso di contenzioso giudiziario i professionisti sanitari che li hanno trattati;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 17 Reg. 679/2016/UE, di poter cancellare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare in caso di contenzioso giudiziario i professionisti sanitari che li hanno trattati;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 18 Reg. 679/2016/UE, di poter limitare il trattamento dei propri dati personali;
- diritto di opporsi al trattamento, ex Art. 21 Reg. 679/2016/UE;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, solamente nei casi previsti all'art. 20 del reg. 679/2016/UE, che venga compiuta la trasmissione dei propri dati personali ad altro operatore sanitario in formato leggibile.

6. Diritto di presentare reclamo (Art. 13.2.d Regolamento 679/2016/UE)

Si rende noto all'Interessato che ha il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo.

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato

Io sottoscritto/a (Nome)..... (Cognome).....

nato/a il..... In qualità di Diretto interessato,

(compilare se diverso dall'utente) Genitore Tutore Amministratore di sostegno Curatore

del/della minore/sig./sig.ra:.....nato/a il.....

ricevute le informazioni di cui all'art. 13 del Reg. 679/2016/UE e consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati personali considerati "particolari" ai sensi dell'art. 9 del Reg. 679/2016/UE, presto il consenso al trattamento dei suddetti dati con le modalità e finalità indicate nell'informativa stessa.

Luogo....., data.....

Firma leggibile.....



unità di valutazione
multidimensionale

Distretto di _____

PIANO
N° _____

Regione Lombardia

SCHEDA di VALUTAZIONE del MEDICO di MEDICINA GENERALE

Signor/a _____ sesso M F tessera sanitaria _____
nato/a a _____ il _____ comune di residenza _____
domicilio _____ tel. _____

PATOLOGIE IN ATTO

- ① **assente** nessuna compromissione di organo/sistema;
- ② **lieve** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi);
- ③ **moderato** la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture).
- ④ **grave** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).
- ⑤ **molto grave** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia);

- 1) **Cardiaca** (solo cuore)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 2) **Ipertensione** (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 3) **Vascolari** (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 4) **Respiratorie** (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 5) **O.O.N.G.L.** (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 6) **Apparato G. I. Superiore** (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 7) **Apparato G. I. Inferiore** (intestino, ernie)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 8) **Epatiche** (solo fegato)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 9) **Renali** (solo rene)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 10) **Altre Patologie Genito-urinarie** (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 11) **Sistema Muscolo-Scheletro-Cute** (muscoli, scheletro, tegumenti)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 12) **Sistema Nervoso Centrale e Periferico** (non include la demenza)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 13) **Endocrine - metaboliche** (include diabete, infezioni, stati tossici)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 14) **Psichiatrico-comportamentali** (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

TERAPIE SIGNIFICATIVE in ATTO

| ULTERIORI ELEMENTI di INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO | | | | |
|---|----------|-------------------|-------------------------|-------------------|
| Neoplasia maligna: | no ① | si ② | | |
| AIDS: | no ① | si ② | | |
| Mal. Progressiva S.N.C.: | no ① | si ② | | |
| Accidenti cerebrali: | no ① | recenti ② | pregressi ③ | |
| Esiti: | afasia ① | disfasia ② | emi ① para ② tetra ③ | paresi ① plegia ② |
| Trauma/intervento chirurgico: | no ① | fratture femore ② | altre fratture ③ | |
| | | protesi anca ④ | interventi chirurgici ⑤ | altro ⑨ |
| Lesioni da decubito: | no ① | si ② | | |
| Dipendenza: | no ① | alcool ② | stupefacenti ③ | altro ⑨ |

(data)

(timbro e firma del Medico)

Parte da compilare solo per **RICHIESTA ASSISTENZA PROGRAMMATA NON AMBULABILI**

| <i>FUNZIONE</i> | dipendenza completa | dipendenza grave | dipendenza moderata | dipendenza lieve | autosufficiente |
|--|---------------------|------------------|---------------------|------------------|-----------------|
| | DEAMBULAZIONE | ① | ② | ③ | ④ |
| LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROT. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| SCALE | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| USO DEL WC | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| CONTINENZA INTESTINALE | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| CONTINENZA URINARIA | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ALIMENTAZIONE | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| VESTIRSI | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| IGIENE PERSONALE | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| BAGNO/DOCCIA | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| <i>DISTURBI DI COMPORTAMENTO</i> | grave | moderato | lieve | assente | |
| CONFUSIONE | ① | ② | ③ | ④ | |
| IRRITABILITÀ | ① | ② | ③ | ④ | |
| IRREQUIETEZZA | ① | ② | ③ | ④ | |
| <i>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</i> | assente | limitata | integra | | |
| CAPACITÀ di COMUNICARE | ① | ② | ③ | | |
| VISTA | ① | ② | ③ | | |
| UDITO | ① | ② | ③ | | |
| PROBLEMI SOCIO-AMBIENTALI che motivano l'assistenza domiciliare _____ | | | | | |
| GIUDIZIO SINTETICO: | | | | | |
| AUTosufficiente <input type="checkbox"/> Non Autosuf. Parziale <input type="checkbox"/> Non Autosuf. Totale <input type="checkbox"/> Evolutività clinica rapida <input type="checkbox"/> | | | | | |

| | | |
|-------------------|--|--|
| RICHIESTA | nuova attivazione <input type="checkbox"/> | variazione <input type="checkbox"/> |
| ACCESSI PROPOSTI: | settimanali <input type="checkbox"/> | quindicinali <input type="checkbox"/> mensili <input type="checkbox"/> |
| (data) | | (timbro e firma del Medico) |

| | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| SPAZIO RISERVATO all'ASL | PROGRAMMA APPROVATO: | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| ACCESSI AUTORIZZATI: | settimanali <input type="checkbox"/> | quindicinali <input type="checkbox"/> mensili <input type="checkbox"/> |
| DATA INIZIO ____/____/____/ | DATA SCADENZA ____/____/____/ | (firma) |

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)

- Patologie cardiache**
(solo cuore) 1 2 3 4 5
- Ipertensione**
(si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) 1 2 3 4 5
- Apparato vascolare**
(sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) 1 2 3 4 5
- Apparato respiratorio**
(polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) 1 2 3 4 5
- Occhi / O.R.L.**
(occhio, orecchio, naso, gola, laringe) 1 2 3 4 5
- Apparato Digerente tratto superiore**
(esofago, stomaco, duodeno, vie biliari-epato-pancreatiche; escluso diabete) 1 2 3 4 5
- Apparato Digerente tratto inferiore**
(intestino, ernie) 1 2 3 4 5
- Fegato** 1 2 3 4 5
- Rene** 1 2 3 4 5
- Altre patologie Genito-Urinarie**
(ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) 1 2 3 4 5
- Apparato Muscolo- Scheletro e Cute**
(muscoli, scheletro, tegumenti) 1 2 3 4 5
- Patologie Sistema Nervoso**
(sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza) 1 2 3 4 5
- Patologie sistema Endocrino-Metabolico**
(include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) 1 2 3 4 5
- Stato Mentale e Comportamentale**
(include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) 1 2 3 4 5

Legenda:

- 1 - Nessuna Menomazione
- 2 - Menomazione Lieve: non interferisce con le normali attività; trattamento facoltativo; prognosi eccellente (ad es. lesioni dermatologiche, ernie, emorroidi)
- 3 - Menomazione Moderata: interferisce con le normali attività; trattamento facoltativo; prognosi buona (ad es. colelitiasi, diabete o fratture trattabili)
- 4 - Menomazione Grave: è invalidante; trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata (ad es. carcinoma operabile, emfisema polm., insuff. cardiaca congest.)
- 5 - Menomazione Molto Grave: può essere letale; trattamento di emergenza o inefficace; prognosi grave (ad es. infarto miocardico, ictus, emorragie digestive, embolia)

Indice di severità:

Media dei punteggi delle prime 13 categorie
(escludendo la categoria *patologie psichiatriche/comportamentali*)

Indice di comorbilità:

Numero delle categorie nelle quali si ottiene
un punteggio superiore o uguale a 3
(escludendo la categoria *patologie psichiatriche/comportamentali*)