

DOMANDA DI INGRESSO IN C.D.I.

IL RICHIEDENTE:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ (PROV. DI _____) IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____ EMAIL _____

IN QUALITA' DI:

- ☐ DIRETTO INTERESSATO
- ☐ FAMILIARE (SPECIFICARE PARENTELA _____)
- ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE
- ☐ ALTRO _____

CHIEDE L'INGRESSO IN C.D.I. DEL/DELLA SIG./SIG.RA

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ (PROV. DI _____) IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____

CITTADINANZA _____

STATO CIVILE: ☐ celibe/nubile ☐ vedovo/a ☐ separato/a ☐ divorziato/a ☐ coniugato/a

MEDICO DI MEDICINA GENERALE _____

RECAPITI TEL. _____ EMAIL _____

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

PATOLOGIE _____

ESENZIONI _____

TERAPIA FARMACOLOGICA:

FARMACO	DOSAGGIO	POSOLOGIA

ALLERGIE AI FARMACI: ☐ SI ☐ NO

Se sì, quali: _____

ALTRI TRATTAMENTI:

Emotrasfusione	☐ NO ☐ SI	Tipo _____
Dialisi	☐ NO ☐ SI: ☐ emodialisi ☐ dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc)		

GESTIONE DELLA TERAPIA:

- ☐ AUTONOMO
☐ CON AIUTO
☐ TOTALMENTE DIPENDENTE

NOTIZIE ANAMNESTICHE SIGNIFICATIVE:

LA PERSONA HA EFFETTUATO LE SEGUENTI VACCINAZIONI:

- ☐ INFLUENZA: ☐ SI ☐ NO Data Vaccinazione: _____
- ☐ ANTIPNEUMOCOCCICA: ☐ SI ☐ NO Data Vaccinazione: _____
- ☐ SARS COV 2: ☐ SI ☐ NO Data Ultima Vaccinazione: _____
- N. dosi somministrate: _____

DEFICIT SENSORIALI

Ipovisus	☐ NO ☐ SI	Cecità assoluta	☐ SI
Ipoacusia	☐ NO ☐ SI	Corretta con protesi	☐ NO ☐ SI Sordità assoluta ☐ SI

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Deficit di memoria	☐ NO ☐ SI	Disorientamento ☐ NO ☐ SI: ☐ temporale ☐ spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	☐ NO ☐ SI, di che tipo:	
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	☐ NO ☐ SI	Deflessione del tono dell'umore ☐ NO ☐ SI
Deliri	☐ NO ☐ SI	Allucinazioni ☐ NO ☐ SI
Aggressività	☐ NO ☐ SI: ☐ fisica ☐ verbale	
Disturbi del sonno	☐ NO ☐ SI ☐ Inversione ritmo sonno-veglia	
Vagabondaggio /affaccendamento	☐ NO ☐ SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga ☐ NO ☐ SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	☐ NO ☐ SI, di che tipo:	
Etilismo/potus	☐ NO ☐ SI: ☐ attuale ☐ pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	☐ NO ☐ SI: ☐ attuale ☐ pregresso Di che tipo:	
Dipendenza gioco	☐ no ☐ si, di che tipo:	
Tentato suicidio	☐ NO ☐ SI: indicare la data: / /	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	☐ NO ☐ SI:	
Eventuali note e osservazioni:		

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	☐ senza aiuto/sorveglianza ☐ necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) ☐ necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento		
Edentulia	☐ NO ☐ SI:	Protesi: ☐ Inferiore ☐ Superiore Scheletrato: ☐ Inferiore ☐ Superiore	
Rifiuto del cibo	☐ NO ☐ SI		
Disfagia	☐ NO ☐ SI	Cibi frullati o omogeneizzati ☐ NO ☐ SI Addensanti ☐ NO ☐ SI	
Dieta specifica	☐ NO ☐ SI, di che tipo:		
Peso corporeo: kg	Altezza: cm		

Intolleranze	☐ non note ☐ NO ☐ SI, di che tipo:
--------------	---

SCALA BARTHEL

Attività	Punteggio
Alimentazione	0 dipendente
	5 necessita di assistenza (es: tagliare il cibo)
	10 indipendente
Vestirsi / Svestirsi	0 dipendente
	5 necessita aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole
	10 indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni
Igiene personale	0 dipendente
	5 si lava la faccia e i denti, si pettina, si rade (inserisce la spina del rasoio)
Fare il bagno / doccia	0 dipendente
	5 indipendente
Controllo sfinterico intestinale	0 incontinente
	5 occasionali incidenti o necessità di aiuto
	10 continente
Controllo sfinterico vescicale	0 incontinente
	5 occasionali incidenti o necessità di aiuto
	10 continente
Spostamenti Trasferimento sedia-letto	0 dipendente, non ha equilibrio da seduto
	5 in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi
	10 minima assistenza e supervisione
	15 indipendente



Utilizzo della toilette	0	dipendente
	5	necessita qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica
	10	indipendente con l'uso del bagno o della padella
Mobilità Deambulazione Su terreno piano	0	immobile
	5	indipendente con la carrozzina per > 45m
	10	necessita aiuto per > 45m
	15	indipendente per > 45m (può usare ausili, es. bastone, ma non girello)
Salire o scendere le scale	0	dipendente
	5	necessita di aiuto o supervisione
	10	indipendente, può usare ausili

PUNTEGGIO _____/100

INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

Indicare l'indice di severità:

[1] assente [2] lieve [3] moderato [4] grave [5] molto grave

1. Patologie cardiache (solo cuore)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. Patologie respiratorie (a partire dalla laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. Apparato G.L. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. Apparato G.L. inferiore (intestino, ernie)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. Patologie epatiche (solo fegato)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. Patologie renali (solo rene)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10. Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. Sistema muscolo-scheletrico-cute	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico: non include la demenza)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. Patologie endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. Patologie psichiatriche-comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Indice di severità _____	Indice di comorbidità _____
--------------------------	-----------------------------

ASSISTENZA RESPIRATORIA:

- ☐ NESSUNA
☐ OSSIGENOTERAPIA ☐ SI ☐ NO FLUSSO (litri/minuto): _____
☐ TRACHEOTOMIA ☐ SI ☐ NO
☐ VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA ☐ SI ☐ NO
☐ VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA ☐ SI ☐ NO

LESIONI CUTANEE: ☐ SI ☐ NO

Se sì, specificare:

- ☐ Lesioni da decubito: Sede _____
Stadio _____
☐ Altro: _____: Sede _____
Stadio _____

MINIZIONE ED EVACUAZIONE

- ☐ UTILIZZO PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA ☐ SI ☐ NO
☐ PORTATORE DI CATETERE VESCICALE ☐ SI ☐ NO
☐ ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA ☐ SI ☐ NO
☐ STIPSI ☐ SI ☐ NO

LA PERSONA E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE E PUO' VIVERE IN COMUNITA'? ☐ SI ☐ NO

EVENTUALI NOTE:

Luogo e Data _____

Firma e timbro del medico
