

## SCHEDA DI INSERIMENTO

		RSA
		CDI
	MINIA	LLOGGI
۱ ۱	RICHIEST	'A DI

	RICHIESTA DI INVALIDITA'
informazioni anagrafiche	
Nome	
Cognome	
Nato a	il//
Residente	il // via/piazzan°n
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato
	Pensione SI' NO Ente erogatore
	Invalidità SI' NO Codice invalidità
Modalità di gestione del	Anziano stesso
reddito	Familiare
	Amministratore $\square$
	Altro
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Assistenza	Dott./Dott.ssa
Primaria	Tel
Servizi di supporto in atto (assistente domestica, ADI, servizio pasti a domicilio, CDI, ecc)	
Provenienza Domicilio, Ospedale, SDR, RSA, altro	

# Parte per la famiglia/caregiver

Diete particolari	NO 🗆
	SI'
	Specificare
Comportamenti auto lesivi	
	SI'
	Specificare
Fumo	NO 🗆
	SI'
Alcol	NO
	SI'
Interessi attuali Lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Capacità di nutrirsi	Autonomo
	Necessita di stimolo o sorveglianza
	Deve essere imboccato
Masticazione	Normale
	Difficoltà per cibi duri
	Mangia solo cibi molli
	Non si alimenta per bocca
Protesi dentarie	NO
	SI' la usa
	SI' ma non la usa
Piccola igiene personale	Autonomo
(lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba,	Parzialmente autonomo
tagliarsi le unghie)	Non autonomo
Bagno/doccia	Autonomo
	Parzialmente autonomo
	Non autonomo

## Parte per la famiglia/caregiver

	Continenza vescicale	Continente
		Non continente
		Uso di pannoloni $\square$
		Catetere
	Continenza intestinale	Continente
		Non continente $\square$
		Uso di pannoloni $\square$
		Stomia
	Uso dei servizi igienici	Autonomo
		Parzialmente autonomo
		Non autonomo
	Capacità di vestirsi	Autonomo
		Parzialmente autonomo
		Non autonomo
	Vista	Normale
		Con lenti
		Ipo visus/cecità 🔲
	Udito	Integro
		Con ausilio
		Ipoacusia/sordità 🔲
	Capacità di leggere	SI'
		NO
	Capacità di scrivere	SI'
		NO
	Linguaggio	Normale
		Alterato
. 1		

## Parte per la famiglia/caregiver

Mobilità	Normale
	Con ausilio
	Protesi
	Allettato
Capacità di salire le scale	Normale
	Con ausilio
	Non in grado
Trasferimento letto/carrozzina/poltrona	Autonomo
reces, earrozzma, politrona	Con aiuto
	Non in grado
Uso della sedia a rotelle	NO
	SI' 🗆
	Autonomo nell'uso SI' \( \square\) NO \( \square\)
Ausili utilizzati	Nessuno
	SI'
	Specificare quali
	Di proprietà 🔲
	Fornito da
	II//
Accetta la terapia	NO 🗆
	SI'
Assume la terapia autonomamente	NO
addonomamente	SI'
Sonno - riposo	Normale
	Disturbato
	Distarbato
	Insonnia

A	ggressività	SI'			
		NO			
		A volte			
	endenza alla ga/perdersi	SI'			
	ga, per der si	NO			
		A volte			
Ca	adute negli ultimi 6 mesi	SI'			
		Numero cadute_			
		NO 🗆			
Ut	ilizza una contenzione	SI'	11 1		
		Specificare			1
		NO 🗆			
il p	evisione di contatti con paziente (es. n° di visite a settimana che i familiari engono di poter effettuare)				
A	ALL'ATTO DEL RICOVERO, DOCUMENTAZIONE SANIT	SI RACCOMAND ARIA DELL'OSPI	A DI CONS	SEGNARE TUT	TA LA
	data			firma	



## **SCHEDA DI INSERIMENTO**

RSA

Г	
- 1	CDI

MINIALLOGGI

## CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

- 1	
	RICHIESTA DI
	INVALIDITA'

Informazioni anagrafiche Nome		
Cognome		
Nato a Residente	il// 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 alcoolico, tabagismo)		
Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse		
Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti		

		The state of the s
	Dispositivi in uso	Catetere vescicale
	Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
	<ul> <li>Lesioni da decubito</li> <li>Ferite chirurgiche in trattamento</li> <li>Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)</li> </ul>	
	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	□ Si □ No
1 2 2 2	Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	□ No □ Si specificare

Stato nutrizionale	□ Nella norma □ Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi  Note ————————————————————————————————————	
		legacija.
Giudizio sulla stabilità clinica	□ Stabile	nessun particolare problema con problemi che necessitano monitoraggio clinico a cintervalli > 60 gg.
	□ Moderatamente stabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	□ Moderatamente instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervall di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	□ Instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	□ Acuzie	con problemi che necessitano d più monitoraggi quotidiani
Compilare in caso di rio di accertamento degli s invalidità civile, condiz visive e sordomutismo	stati di quotidiani d	è in grado di compiere gli atti della vita: Si  No  O visita domiciliare:
data		firma

Alla Direzione della Fondazione Centro Assistenza Anziani "G.Moroni" onlus Via Cardinal Ferrari, 4 21053 Castellanza (VA)

II/La sottoscritto/adì riferimento del/della Sig./Sig.ra	in qualità di parente		
DICHIARA			
Che il/la proprio/a congiunto/a:			
non è stato/a sottoposto/a a visita per l'accertamento di invalidità civile  è stato/a sottoposto/a a visita per l'accertamento di invalidità civile con esito:  a) riconoscimento di invalidità al 100% con necessità di assistenza continua (assegno di accompagnamento)  b) riconoscimento di invalidità al%  Si allega alla presente copia del verbale di detta visita.			
Castellanza, lì	In fede		



## RETTA CENTRO DIURNO INTEGRATO ANNO 2024

## **RETTA GIORNALIERA CDI e CCC**

(Comprensiva di pasto per giornata intera) € 30.00