



BRONI STRADELLA PUBBLICA SRL

VIA NAZIONALE, 53 - 27049 STRADELLA (PV)

TEL. 0385/249311 Fax 0385/43978

Mail: info@bronistradellapubblica.it

Pec: bronistradellapubblicasrl@legalmail.it

COD.FISCALE/P.IVA 02419480187 CAP. SOC. €. 8.112.612,00

Registro Imprese Pavia n. 02419480187 R.E.A. PAVIA n. 271987

CENTRO DIURNO INTEGRATO

Sede: 27049 STRADELLA (PV) – VIA Achilli, 1

Tel. 0385 2464834 – Fax 0385 242773

RICHIESTA DI INSERIMENTO NELLA LISTA DI ATTESA

| L' ADS / TUTORE | IL FAMIGLIARE | L' UTENTE |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sig. _____ | Sig. _____ | Sig. _____ |
| Residente a _____ | Residente a _____ | Residente a _____ |
| Via/P.zza _____ n. _____ | Via/P.zza _____ n. _____ | Via/P.zza _____ n. _____ |
| Tel. _____ | Tel. _____ | Tel. _____ |
| In qualità di _____ | In qualità di _____ | |
| del Sig./Sig.ra _____ | del Sig./Sig.ra _____ | |

CHIEDE:

___ di essere ammesso/a al CDI

___ che venga ammesso/a al CDI

Dichiara che la presente richiesta è inoltrata con il consenso dell'interessato

DATI ANAGRAFICI DELL'UTENTE

| |
|--|
| Nome _____ |
| Cognome _____ |
| Nato/a a _____ il _____ |
| Residente a _____ |
| Via/piazza _____ n. _____ |
| Tel. _____ cell _____ |
| PROVENIENZA UTENTE: |
| abitazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| se attualmente ospite di CDI o in altro presidio sanitario, indicare la struttura: |
| _____ |
| _____ |

- perdita autonomia fisica e/o psichica nucleo familiare non in grado di provvedere all'assistenza
 vive solo alloggio non idoneo
 altro _____ dato non rilevabile

DATI ANAGRAFICI DEL GARANTE INDIVIDUATO PER IL PAGAMENTO

Nome _____ Cognome _____
 Tipo di parentela/altro _____
 Data di nascita _____ luogo di nascita _____
 Residente a _____ via/piazza _____ n. _____
 Tel. _____ cell. _____ codice fiscale _____

DATI ANAGRAFICI DEI FAMILIARI E/O PERSONE DI RIFERIMENTO DELEGATE AD ACCEDERE ALLE INFORMAZIONI

Nome _____ Cognome _____
 Tipo di parentela/altro _____
 Data di nascita _____ luogo di nascita _____
 Residente a _____ via/piazza _____ n. _____
 Tel. _____ cell. _____

Nome _____ Cognome _____
 Tipo di parentela/altro _____
 Data di nascita _____ luogo di nascita _____
 Residente a _____ via/piazza _____ n. _____
 Tel. _____ cell. _____

ALTRI DATI RELATIVI ALLA PERSONA DELLA QUALE SI CHIEDE IL RICOVERO

Tipologia di ricovero: a tempo indeterminato a tempo determinato per _____

Necessità ingresso: urgente breve termine lungo termine

Numero figli: n. maschi _____ n. femmine _____

Stato civile: coniugato/a celibe/nubile vedovo/a

Scolarità: nessun titolo licenza elementare licenza media o avviamento
 Diploma scuola media superiore laurea

Attività precedente al pensionamento:

casalinga impiegato agricoltore insegnante commerciante artigiano
 operario/a dirigente imprenditore libero/a prof. Altro (specificare)

condizione professionale attuale _____

codice fiscale _____ carta identità n. _____

rilasciata dal comune di _____

Carta Regionale dei Servizi n. _____ ATS di _____

ALTRE INFORMAZIONI:

USUFRUISCE DI:

SI

NO

HA PRESENTATO DOMANDA

- Voucher socio sanitario
- Voucher sociale SAD
- ADI
- Altro _____

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

USUFRUISCA DI PENSIONE:

- Minima / Sociale

- Altra pensione

Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso nel CDI:

1.fotocopia della carta d'identità

5.tessera sanitaria

2.fotocopia del codice fiscale

6.autocertificazione attestante residenza

3.fotocopia del verbale o della domanda di invalidità

7.fotocopia carta d'identità garante

4.tesserino esenzione ticket

8.fotocopia codice fiscale garante

Il sottoscritto si impegna a garantire il pagamento della retta vigente al momento dell'ammissione presso la struttura.

Alla presente domanda, rilasciata in copia al sottoscrittore, si allegano i seguenti documenti:

- ✓ Carta dei Servizi del CDI
- ✓ Informativa PRIVACY

_____ li _____

Il richiedente

PRESENTATA IL _____ Firma dell'operatore _____

BENESTARE MEDICO DEL CDI

TIMBRO E FIRMA

MODELLO DI SCHEDA SANITARIA

RELAZIONE ASSISTENZIALE (da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Cognome – Nome assistito _____

TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico.
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona.
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento.
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia.
- E' indipendente.

DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione.
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione.
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili.
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto.
- Cammina senza aiuto.

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione.
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano.
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc..
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi.
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri.

IGIENE PERSONALE

- Incapace di attendere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti.
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale.
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale.
- E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire.
- E' capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi.

ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato.
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni, ecc.. La presenza di un'altra persona non è indispensabile.
- Totale indipendenza nel mangiare.

CONFUSIONE

- E' completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive.
- E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe.
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo.
- E' in grado di pensare chiaramente.

IRRITABILITA'

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità.
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo.

IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente; è incapace di stare fermo persino per brevi periodi.
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca oggetti, si muove continuamente durante la conversazione.
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza.
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

ALTRE SEGNALAZIONI

Incontinenza

- Assente
- Occasionale
- Solo urinaria
- Solo Fecale
- Doppia

Gestione incontinenza

- Presidi assorbenti
- Ano artificiale
- Catetere

Ausili per il movimento

- Bastone / deambulatore
- Carrozzina
- Nessuna

Il compilatore:

COGNOME _____ NOME _____

IN QUALITA' DI _____

Data _____

Firma _____



BRONI STRADELLA PUBBLICA SRL

VIA NAZIONALE, 53 - 27049 STRADELLA (PV)

TEL. 0385/249311 Fax 0385/43978

Mail: info@bronistradellapubblica.it

Pec: bronistradellapubblicasrl@legalmail.it

COD.FISCALE/P.IVA 02419480187 CAP. SOC. €. 8.112.612,00

Registro Imprese Pavia n. 02419480187 R.E.A. PAVIA n. 271987

CENTRO DIURNO INTEGRATO

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome – Nome assistito _____ data di nascita _____

 M F

Data di compilazione _____

Esenzione ticket n° _____ / _____ (per patologia / I.C.)

LEGENDA:

A: assente; **L:** lieve – trattamento facoltativo; prognosi eccellente

M: moderata – trattamento necessario; prognosi buona

G: grave; è invalidante – trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata

MG: molto grave – trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave

| AREA (barrare la casella che interessa) | GRAVITA' Solo per patologia più grave | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
|---|---|--|--|--|--|

| PATOLOGIE CARDIACHE: | A | L | G | M | MG |
|-----------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
|-----------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| IPERTENSIONE (si valuta la severità): | A | L | G | M | MG |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------|
|--|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico): | A | L | G | M | MG |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| APPARATO RESPIRATORIO: | A | L | G | M | MG |
|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe): | A | L | G | M | MG |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|
| APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas): | A | L | G | M | MG |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------|
| APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale): | A | L | G | M | MG |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| | | | | | |
|----------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| FEGATO: | A | L | G | M | MG |
|----------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| RENE: | A | L | G | M | MG |
|--------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|
| APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria): | A | L | G | M | MG |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|
| APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito): | A | L | G | M | MG |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------|
| PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza): | A | L | G | M | MG |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|
| PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici): | A | L | G | M | MG |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------|
| STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi): | A | L | G | M | MG |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

ALTRI PROBLEMI CLINICI

| Descrizione | NO | SI | Se SI indicare se: |
|---|-----------|-----------|--|
| Lesioni da decubito | NO | SI | Sede: Stadio: |
| Dialisi | NO | SI | Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi: |
| Insufficienza respiratoria | NO | SI | O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia: |
| Alimentazione artificiale | NO | SI | SNG: PEG: Parenterale totale: |
| Gestione Incontinenza | NO | SI | Presidi assorbenti: Ano Artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere: |
| Ausili per il movimento | NO | SI | Bastone e/o deambulatore Carrozzina |
| Protesi | NO | SI | Dentale: Acustica: Occhiali: Altro: |
| Disorientamento tempo/spazio | NO | SI | Note: |
| Vagabondaggio | NO | SI | Note: |
| Agitazione psico-motoria | NO | SI | Note: |
| Inversione ritmo sonno-veglia | NO | SI | Note: |
| Stato nutrizionale insoddisfacente | NO | SI | Obesità: Sottopeso: |
| Allergie a farmaci | NO | SI | Specifica: |
| Allergie ad alimenti | NO | SI | Specifica: |
| Presenza di patologie infettive | NO | SI | Specifica: |

| | | | |
|--------------------------|-----------|-----------|------------|
| Invalidità civile | NO | SI | Specifica: |
|--------------------------|-----------|-----------|------------|

| | | | |
|----------------------------------|-----------|-----------|------------|
| Indennità accompagnamento | NO | SI | Specifica: |
|----------------------------------|-----------|-----------|------------|

| |
|------------------------|
| TERAPIA IN ATTO |
|------------------------|

| |
|--|
| DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE |
|--|

1. Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici,). Elencare documentazione prodotta:

2. RX torace + certificazione pneumologica di esenzione da patologia tubercolare in atto (dispositivo legislativo n. 112/98 – Gazzetta Ufficiale n. 40 del 19.02.1998)-

Recapito telefonico del Medico _____

Firma del Medico _____

Privacy e consenso al trattamento

Broni Stradella Pubblica srl recepisce il **Regolamento UE 679/2016 sulla PRIVACY**.

Per quanto riguarda ADS/Tutore e/o Familiari/Medico Curante e Persone autorizzate ad accedere alle informazioni saranno trattati i soli dati anagrafici strettamente necessari alla gestione del rapporto.

Il trattamento sarà effettuato, con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, secondo principi di correttezza e liceità al fine tutelare la riservatezza dei dati e i diritti dell'interessato nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa.

I dati verranno conservati nei limiti consentiti dalla legge, periodo necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati.

Tutti i dati raccolti nell'ambito del presente trattamento sono strettamente funzionali alle finalità dichiarate.

Il rifiuto a fornire tali dati impedirà al Titolare di svolgere l'erogazione dei servizi.

I dati personali raccolti sono trattati dal personale incaricato per l'espletamento delle proprie attività ai fini dell'erogazione dei servizi e da soggetti esterni, che potranno agire a seconda dei casi come contitolari o responsabili del trattamento, ovviamente nel rispetto del Regolamento UE679/2016.

I dati personali potranno essere comunicati a soggetti terzi incaricati dell'esecuzione di attività connesse e strumentali al presente trattamento, ad Autorità, Amministrazioni pubbliche e soggetti terzi in adempimento di obblighi di legge.

Il Titolare si riserva, inoltre, di trasferire dati personali, qualora fosse necessario, verso un Paese terzo sulla base delle decisioni di adeguatezza della Commissione Europea ovvero sulla base delle adeguate garanzie previste dalla vigente normativa.

I dati non verranno diffusi a persone o enti che non intervengono nell'erogazione dei servizi.

Titolare del trattamento dei dati personali è Broni Stradella Pubblica s.r.l. con sede in Via Nazionale, 53 -27049 Stradella (PV)

Il responsabile del trattamento dei dati forniti è la Cooperativa Sociale Gianni Pietra s.c. Onlus e inoltre possono essere nominati come Responsabili del trattamento alcune società che forniscono al Titolare specifici servizi elaborativi o prestano attività connesse, strumentali o di supporto.

Per qualunque esigenza può inoltre rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati inviando una comunicazione scritta al seguente indirizzo **privacy@bronistradellapubblica.it**

Il Regolamento Privacy UE679 conferisce al cliente/utente l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere al titolare del trattamento:

- la conferma che sia o meno in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso).
- la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica).
- la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio).
- la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione).

- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al titolare e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità).

Per esercitare i diritti o per ottenere l'elenco di tutti i Responsabili del trattamento e le informazioni relative all'eventuale trasferimento dei Suoi dati verso un Paese terzo, potrà inviare un messaggio alla casella di posta **privacy@bronistradellapubblica.it** o una comunicazione scritta indirizzata all'ufficio Privacy di Via Nazionale, 53 -27049 Stradella (PV)

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, Lei ha il diritto di proporre reclamo a un'Autorità di controllo, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento Privacy UE.

_____ li _____

Il richiedente