



# Azienda Servizi alla Persona

SANTA CHIARA

Via Paolo Gorini, 48 - 26900 Lodi

Tel. 0371/403.1 - fax 0371/ 424085 - e-mail protocollo@asplodi.it

Prot. n. \_\_\_\_\_ /2008

Lodi,

Mod. n. \_\_\_\_\_

## MODULO DI RICHIESTA DI INSERIMENTO AL CENTRO DIURNO INTEGRATO

Generalità dell'interessato/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ M o F

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Domiciliato/a \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria n. \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

MMG Dott. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Persona /e di riferimento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data ...../ ...../.....

Il richiedente

\_\_\_\_\_

Referenti del procedimento: Sig.ra Marica Cavallanti – Sig.ra Arianna Mareno

Tel: 0371/403.217 – Fax: 0371/403.214



**ALLEGATO B** SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICO - FUNZIONALE DI PRE - INGRESSO

Da compilarsi a cura del medico curante

**TIPOLOGIA DEL RICOVERO:**  R.S.A.  NUCLEO ALZHEIMER

TEMPORANEO

Cognome e nome \_\_\_\_\_ sesso  M  F

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

Medico Curante Dott. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Data della valutazione \_\_\_\_\_ disponibile ad entrare dal \_\_\_\_\_

INDICI FUNZIONALI				
	autonomo	con supervisione	con aiuto	totale dipendenza
Trasferimenti letto/sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDICI COGNITIVI				
	assente	lieve	moderata	grave
Confusione/orientamento spazio temporale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vagabondaggio afinalistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinazioni (visive e/o uditive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività (verbale e/o fisica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversione ritmo sonno/veglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patologie psichiatrico – comportamentali</b>				
Nel caso di qualsiasi tipo di demenza deve essere allegata idonea documentazione sanitaria di struttura pubblica (unità di Valutazione Alzheimer, ambulatorio di neurologia, psichiatria, geriatria) da cui si evinca l'assenza di disturbi del comportamento o l'eventuale necessità all'inserimento nel Nucleo Alzheimer.				
<b>Diagnosi:</b>				
<b>Valutazione sintetica della gravità del disturbo cognitivo e comportamentale</b>				
<input type="checkbox"/> nessuna o lieve compromissione	<input type="checkbox"/> moderata compromissione		<input type="checkbox"/> grave compromissione	



AZIENDA SANITARIA LOCALE  
DELLA PROVINCIA DI LODI



Residenze  
Sanitario  
Assistenziali  
Accreditate

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA



PROFILI DI GRAVITA'			
<b>Lesioni cutanee dal II° stadio in poi</b>		classificazione NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)	
<input type="checkbox"/> da pressione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Sede _____ _____
<input type="checkbox"/> vascolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Sede _____ _____
<b>Cadute negli ultimi sei mesi</b> (anche senza conseguenze)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Numero delle cadute</b>			
<b>Ausili per il movimento</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bastone / deambulatore		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Carrozzina		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Gestione incontinenza</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pannolone / catetere esterno		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ano artificiale		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Stomia</b>	<input type="checkbox"/> ureterostomia	<input type="checkbox"/> colostomia	<input type="checkbox"/> tracheotomia
<b>Gestione diabete</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Solo dieta		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Antidiabetici orali		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insulina		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Alimentazione artificiale</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S.N.G. (sondino naso gastrico)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P.E.G.		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
N.P.T. (nutrizione parenterale totale)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Insufficienza respiratoria</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
O <sub>2</sub> al bisogno		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
O <sub>2</sub> costante		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Dialisi</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi peritoneale		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi extracorporea		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Allergie Farmaci</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		Quali	
<b>Allergie Alimenti</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		Quali	
TERAPIA FARMACOLOGICA			
_____			
_____			
_____			
DIAGNOSI			



AZIENDA SANITARIA LOCALE  
DELLA PROVINCIA DI LODI



Residenze  
Sanitario  
Assistenziali  
Accreditate


*Timbro e firma del medico*

Data \_\_\_\_\_

.....