

## DOMANDA DI INSERIMENTO CDI

**DOMANDA DI INSERIMENTO  
PRESSO IL CENTRO DIURNO INTEGRATO VILLA ANTEA  
PER IL SIG. LA SIG.RA**

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita: ..... / ..... / ..... Luogo di nascita: ..... Provincia (.....)

Età: ..... Genere:  M  F N. Figli: (.....) Maschi: (.....) Femmine: (.....)

Codice Fiscale: ..... Tessera sanitaria: ..... Esenzioni: .....

Residente in: ..... Provincia (.....) C.A.P. .....

Via: ..... N. ....

Recapiti telefonici: ..... / ..... / .....

**Domicilio (compilare solo se differente dalla residenza)**

Domiciliato in: ..... Provincia (.....) C.A.P. .....

Via: ..... N. ....

**RICHIEDENTE  
COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO**

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita: ..... / ..... / ..... Luogo di nascita: ..... Provincia (.....)

Codice Fiscale: ..... Legame di parentela: .....

Residente in: ..... Provincia (.....) C.A.P. .....

Via: ..... N. ....

Telefono abitazione: ..... / ..... Telefono mobile: ..... / .....

Indirizzo e-mail: ..... @ .....

GIORNI E ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTI	MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO
<input type="checkbox"/> 1 Lunedì	.....
<input type="checkbox"/> 2 Martedì	.....
<input type="checkbox"/> 3 Mercoledì	.....
<input type="checkbox"/> 4 Giovedì	.....
<input type="checkbox"/> 5 Venerdì	.....
<b>Il C.D.I. è attivo dal lunedì al venerdì esclusi sabato domenica e giorni festivi</b>	..... ..... ..... .....

## SERVIZIO DI TRASPORTO

Richiesto  Andata  Ritorno  Non richiesto

Data: ..... / ..... / .....

Firma del richiedente: .....

CON CHI VIVE	TUTELA
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Badanti <input type="checkbox"/> Altri parenti <input type="checkbox"/> Altro Presenza: .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
SITUAZIONE ABITATIVA	CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche <input type="checkbox"/> Presenza ascensore <input type="checkbox"/> Servizi igienici adeguati <input type="checkbox"/> Presenza servizi portierato <input type="checkbox"/> Zona di Milano: ..... <input type="checkbox"/> Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto: ..... .....	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Convenzione con: ..... .....

## COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL C.D.I.

- Direttamente  
 Assistente Sociale  
 Medico di Medicina Generale (medico curante)  
 Medico specialista: .....  
 Passaparola  
 Pubblicità  
 Eventi/manifestazioni  
 Internet  
 Associazioni: .....

## DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

FOTOCOPIA CODICE FISCALE; FOTOCOPIA CARTA DI IDENTITÀ; FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA ED EVENTUALI ESENZIONI;  
 CERTIFICATO DI RESIDENZA O AUTOCERTIFICAZIONE; CODICE IBAN

## RELAZIONE A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita: ..... / ..... / .....

Invalidità Civile:  SI  NO  Inviata domanda Accompagnamento:  SI  NO  In attesa

### QUADRO CLINICO

### PATOLOGIE PRINCIPALI

MALATTIE NEUROLOGICHE E PSICHiatriche, IN ATTO E PREGRESSE PATOLOGIE PRINCIPALI  
SPECIFICARE SE PRESENTE DIAGNOSI DI DEMENZA. INDICARE SE IN CARICO AL C.P.S.

### MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE (IN ATTO O PREGRESSE)

### INTERVENTI CHIRURGICI

### RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI

ALTRI ASPETTI CLINICI E FUNZIONALI

Tracheotomia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Inkontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Inkontinenza fecale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ano preternaturale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Altre lesioni cutanee	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Medicazioni chirurgiche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Di che tipo:	
Utilizzo protesi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Di che tipo:	
Utilizzo ausili per la deambulazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Di che tipo:	
Cadute negli ultimi sei mesi:	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Da 1 a 3 volte <input type="checkbox"/> Più di tre volte		

DEFICIT SENSORIALI

Ipoacusia:  SI  NO Ipoacusia:  SI  NO

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHiatrici

Deficit di memoria: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Disorientamento: <input type="checkbox"/> Temporale <input type="checkbox"/> Spaziale <input type="checkbox"/> No
Disturbi del linguaggio e della comunicazione: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Di che tipo:	
Deliri: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Allucinazioni: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Crisi d'ansia/Attacchi di panico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Deflessione del tono dell'umore: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Aggressività: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Etilismo: <input type="checkbox"/> Attuale <input type="checkbox"/> Pregresso
Wandering: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tentativi di fuga: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Utilizzo di mezzi di protezione a tutela: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, di che tipo:	
Tentato suicidio: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - Se sì, indicare la data: ____ / ____ / ____	

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Rifiuto del cibo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Disfagia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Malnutrizione: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cibi frullati e omogeneizzati: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Obesità: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dieta specifica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Di che tipo:

TERAPIA

Non assume terapia farmacologica  
Terapia in atto ed orari di somministrazione:

NOME FARMACO	DOSAGGIO	QUANTITA'	TIPO	ORARIO ASSUNZIONE

Allergie:  SI  NON NOTE Se sì, di che tipo:

Cognome e Nome MMG: .....

Indirizzo ambulatorio:

Telefono: ..... / ..... e-mail: ..... @ .....

Giorni e orario apertura ambulatorio:

Timbro e firma MMG

Data: ..... / ..... / .....