

**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>	        

<b>SERVIZIO DI TRASPORTO</b>
<input type="checkbox"/> Richiesto <input type="checkbox"/> Andata <input type="checkbox"/> Ritorno <input type="checkbox"/> Non richiesto

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

Firma del richiedente: .....

<b>CON CHI VIVE</b>	<b>TUTELA</b>
<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: ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>SITUAZIONE ABITATIVA</b>	<b>CONVENZIONE</b>
<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: ..... ..... ..... ..... .....

<b>COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL C.D.I.</b>
<input type="checkbox"/> Direttamente <input type="checkbox"/> Assistente Sociale <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante) <input type="checkbox"/> Medico specialista: ..... <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni <input type="checkbox"/> 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"/>
Incontinenza 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"/>
Incontinenza 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	
Ipovisus: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ipoacusia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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: Di che tipo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**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:

.....

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

Timbro e firma MMG