



## DOMANDA DI ACCOGLIENZA

Il modulo necessario per presentare la Domanda di Accoglienza ai servizi gestiti dalla Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. è costituito da quattro parti:

- una **DOMANDA DI INSERIMENTO** da compilare a cura dell'interessato o dei familiari
- una **INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI** (Privacy) da compilare a cura dell'interessato o dei familiari
- una **SCHEDA SANITARIA** da far compilare al Medico
- un modulo **GEFI** da far compilare al Medico (per RSA, CDI, MAP)

La Domanda di Accoglienza può essere consegnata presso:

- i Centralini della Fondazione tutti i giorni dalle 8.00 alle 19.00; gli operatori del Centralino rilasciano apposita ricevuta di consegna
- l'Ufficio Accoglienza della Fondazione dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.30 **previo appuntamento**; la responsabile dell'Ufficio Accoglienza è a disposizione per un colloquio informativo al momento della consegna
- (per i residenti a Sesto S. G.) il Servizio Sociale Anziani e Disabili del Comune di Sesto S. Giovanni, Via B. Croce 84, il martedì e il giovedì dalle 9.00 alle 12.00

Dopo la presentazione della Domanda, per i residenti, può essere attivata la visita domiciliare, effettuata dai nostri operatori, per:

- stabilire un primo contatto di conoscenza con la persona anziana/disabile e la famiglia
- valutare insieme i bisogni di cura e di assistenza
- valutare insieme il servizio più adatto per l'inserimento nelle liste di attesa dei vari servizi

Al momento dell'ingresso, la persona anziana/disabile e il suo familiare o tutore si impegnano a:

- sottoscrivere il contratto di ricovero
- versare una cauzione pari a una retta
- liquidare mensilmente la retta

La signora Maria Arena, responsabile dell'Ufficio Accoglienza, è a disposizione, su appuntamento, per un incontro di orientamento con la persona anziana/disabile e con i familiari per valutare insieme le possibilità che offriamo.

Durante il colloquio è anche possibile visitare le strutture e i servizi.

Per fissare l'appuntamento potete scrivere a [accoglienza@fondazioneapelucca.org](mailto:accoglienza@fondazioneapelucca.org) o telefonare al n° **02.24.83.240**.

Per informazioni circa la possibilità di contributo economico vi potete rivolgere a:

- Servizio Anziani e Disabili del Comune di Sesto S. G., via B. Croce 84, il martedì e il giovedì dalle 9 alle 12 (per i residenti a Sesto S. G.)

Le rette per i nostri servizi sono le seguenti:

**Residenza Sanitaria Assistenziale La Pelucca  
via Campanella 8 ! 'GYgnc'GUb'; ]cj Ubb]**

Camera a 1 posto letto	€ 82,54
Camera a 2 posti letto (con bagno esclusivo)	€ 78,46
Camera a 2 posti letto	€ 77,44
Camera a 3 posti letto	€ 70,31
Mini Alloggio Protetto (retta mensile)	€ 899,46

**Residenza Sanitaria Disabili Villa Pelucca  
via Campanella 8 ! 'GYgnc'GUb'; ]cj Ubb]**

Camera a 1 posto letto	€ 120,00
Camera a 2 posti letto	€ 120,00
Camera a 3 posti letto	€ 120,00

**Residenza Sanitaria Assistenziale Monsignor Olgiati  
via Boccaccio 354 ! 'GYgnc'GUb'; ]cj Ubb]**

Camera a 2 posti letto (residenti a Sesto S. G.)	€ 78,46
Camera a 2 posti letto (non residenti a Sesto S. G.)	€ 80,50
Centro Diurno Integrato (retta giornaliera)	€ 28,00

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO I CDI ASL MILANO

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_ Genere:  M  F

Numero documento di identità \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Esenzione \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Se residente a Milano, zona di appartenenza: \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Religione \_\_\_\_\_

### **Compilare solo se occorre**

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

- Se cittadino extracomunitario: Permesso di soggiorno  sì  no Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **RICHIEDENTE**

*(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO IL CDI)*

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

Altri riferimenti: \_\_\_\_\_

**In qualità di** \_\_\_\_\_

#### FREQUENZA SETTIMANALE RICHIESTA

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un giorno      | <input type="checkbox"/> Mezza giornata  |
| <input type="checkbox"/> Due giorni     | <input type="checkbox"/> Giornata intera |
| <input type="checkbox"/> Tre giorni     | <input type="checkbox"/> _____           |
| <input type="checkbox"/> Quattro giorni |  |
| <input type="checkbox"/> Cinque giorni  |  |
| <input type="checkbox"/> Sei giorni     |  |
| <input type="checkbox"/> Sette giorni   |  |

#### SERVIZIO DI TRASPORTO

- andata  ritorno  non richiesto

#### MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CON CHI VIVE
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti: _____ _____
<input type="checkbox"/> Badanti Presenza: _____ _____
<input type="checkbox"/> Altro: _____ _____

TUTELA
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> <b>Amministrazione di sostegno</b> <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____
Nome e Cognome AdS/Tutore: _____ _____
Qualifica: <input type="checkbox"/> Familiare: _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) _____ _____
Recapiti: _____ _____

SITUAZIONE ABITATIVA
<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche <input type="checkbox"/> Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto: _____
<input type="checkbox"/> Presenza ascensore <input type="checkbox"/> Presenza servizi portierato

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: _____ _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI
<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 <input type="checkbox"/> Associazioni / Altro _____

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:**

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CODICE FISCALE/TESSERA SANITARIA

Ai sensi del D.L.gs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione / informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

FIRMA DEL RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_

## PARTE DA COMPILARE INSIEME AD UN OPERATORE DEL CDI

Cognome e Nome Ospite \_\_\_\_\_

### SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Non dichiarato
- Altro:  
\_\_\_\_\_

- Fratelli (N:     )
- Sorelle (N:     )
  
- Figli (N:     )
- Figlie (N:     )

### SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc.
- Reversibilità
  
- In attesa di invalidità
- Invalidità  
↳ Codice: \_\_\_\_\_
- ↳ Percentuale: \_\_\_\_\_ %
- ↳ Indennità accompagnamento  
 SI  NO  
 in attesa di accompagnamento

### LIVELLO DI ISTRUZIONE

- Nessuno
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiori in  
\_\_\_\_\_
- Laurea in:  
\_\_\_\_\_
- Altro:  
\_\_\_\_\_

### PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO

- Casalinga
- Agricoltore
- Operaio, ambito \_\_\_\_\_
- Impiegato, ruolo \_\_\_\_\_
- Artigiano, ambito \_\_\_\_\_
- Insegnante, in \_\_\_\_\_
- Imprenditore, ambito \_\_\_\_\_
- Libero Professionista, \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

### RICHIESTA DI INSERIMENTO (CDI WEB)

- Assistente sociale
- Familiare/affine
- MMG
- Medico ospedaliero/specialista
- Propria
- Soggetto civilmente obbligato

### MOTIVAZIONE INSERIMENTO (CDI WEB)

- Alloggio non idoneo
- Altra motivazione sociale
- Insufficiente supporto familiare
- Perdita autonomia (decorso degenerativo)
- Solitudine
- Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)

### PROVENIENZA (CDI WEB)

- Dal domicilio
- Da istituto di ricovero per acuti
- Da struttura sociale
- Da istituto di riabilitazione
- (compresi ex drg 5000/2007)
- Da CSS
- Da RSA
- Da RSD

### TIPOLOGIA DI POSTO (CDI WEB)

- Autorizzato
- Accreditato
- Accreditato e contrattualizzato

Altro: \_\_\_\_\_

#### SERVIZI SOCIO SANITARI

Servizi Socio Sanitari attivi:  NO  SI (specificare):

Servizi sociali territoriali \_\_\_\_\_

Assistente sociale: \_\_\_\_\_

Recapiti: \_\_\_\_\_

Tipo di servizi usufruiti: \_\_\_\_\_

Custode sociale – Portierato Sociale \_\_\_\_\_

ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) \_\_\_\_\_

RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) \_\_\_\_\_

RSA Aperta \_\_\_\_\_

CPS (Centro Psico Sociale) \_\_\_\_\_

Associazioni di volontariato \_\_\_\_\_

Altro (ad esempio: telesoccorso, etc.) \_\_\_\_\_

#### ANALISI DEI BISOGNI

↪ **Bisogni di tipo sociale**

- socializzazione per condizione di solitudine
- arricchimento rete sociale
- supporto familiare per problematiche di tipo sociale
- supporto familiare per difficoltà di tipo relazionale

---

---

↪ **Bisogni di tipo sanitario**

- somministrazione terapia farmacologica
- interventi medico-infermieristici
- attività di riattivazione/stimolazione funzionale (motoria/cognitiva)

---

---

↪ **Bisogni di tipo assistenziale**

- elevato carico assistenziale al domicilio
- disturbi del comportamento /disturbi di tipo psichiatrico

---

---

↪ **Eventuale attivazione di servizi all'interno della rete**

---

---

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ Firma del compilatore \_\_\_\_\_



## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Ai sensi dell'art. 13 del D.L. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali, d'ora in avanti Codice sulla Privacy)

### LA INFORMIAMO CHE

- a) i dati personali e sensibili che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Codice sulla Privacy e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta la Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. di Sesto San Giovanni. Tali dati, tra cui sono ricompresi i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, saranno oggetto di trattamento solo con il consenso dell'interessato. Il trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale è consentito in virtù degli articoli 75 e seguenti del Codice sulla Privacy ed in quanto è necessario per lo svolgimento dell'attività istituzionale della Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. di Sesto San Giovanni;
- b) i dati personali e sensibili saranno trattati per fini diagnostico-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi; potranno essere trattati in forma anonima al fine di svolgere indagini epidemiologiche e similari, per fini di ricerca scientifica e/o per sondaggi inerenti alla qualità delle prestazioni ricevute nella Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. di Sesto San Giovanni;
- c) i dati personali e sensibili saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge;
- d) i dati personali che La riguardano saranno trattati esclusivamente per gli scopi indicati in questa informativa. Il trattamento dei dati avverrà mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati, l'accesso ed il trattamento dei dati sono consentiti al personale della Fondazione appositamente autorizzato, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali e con l'adozione delle misure minime di sicurezza prescritte dal Codice sulla Privacy;
- e) il trattamento dei dati essenzialmente consiste nella:
- istituzione di una scheda personale (cartella clinica, scheda infermieristica o altri documenti simili) contenente dati anagrafici, amministrativi, fiscali, sanitari che sono necessari ed indispensabili per fini diagnostico-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi;
  - stesura di referti e certificazioni;
  - redazione di documenti obbligatori ai fini amministrativi e/o fiscali;
- f) il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia gli stessi sono indispensabili per lo svolgimento delle attività di cui al punto b) e pertanto il mancato conferimento può comportare per la Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. un impedimento nel fornire le prestazioni e le cure richieste;
- g) i Suoi dati personali e sensibili possono essere comunicati per le finalità di cui sopra, ai responsabili ed incaricati del trattamento della Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. di Sesto San Giovanni, ad Aziende Sanitarie Locali, ad Aziende Ospedaliere e strutture accreditate con il SSR, ad altri organismi del Servizio Sanitario Nazionale, Enti Previdenziali, ed a terzi soggetti destinatari per legge o per regolamento. Inoltre essi possono essere comunicati alle forze di polizia, all'autorità giudiziaria, ad organismi di informazione e sicurezza o ad altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione di reati;
- h) i dati idonei a rivelare lo stato di salute non saranno oggetto di diffusione;
- i) il Titolare del trattamento è la Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. di Sesto San Giovanni con sede in Via Campanella 8/10 a Sesto San Giovanni, nella persona del Direttore Generale. L'interessato può rivolgersi presso la Direzione per acquisire informazioni del trattamento e per far valere i Suoi diritti stabiliti dal Codice sulla Privacy;
- j) in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003.

## CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il/la sottoscritta/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art.13 decreto legislativo n.196/2003 e consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati sensibili di cui all'art4 lett. d) del suddetto decreto legislativo, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale

### **presta il suo consenso al trattamento dei propri dati personali**

Tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_





## SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO I CDI ASL MILANO

La scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in tutti i Centri Diurni Integrati del territorio dell'ASL Milano. Il suo obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso il CDI.  
La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

**Cognome e Nome** .....

**Data di nascita** ...../ ..... / .....      **luogo di nascita** .....

### QUADRO CLINICO

PATOLOGIE PRINCIPALI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE (IN ATTO)

.....

.....

INTERVENTI CHIRURGICI PREGRESSI

.....

.....

RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

.....

.....

**ASPETTI CLINICO – FUNZIONALI**      (\* È possibile barrare più caselle)

Autonomia nel movimento*	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per la mobilizzazione in carrozzina/poltrona <input type="checkbox"/> necessita dell'uso del sollevatore
Utilizzo ausili per la deambulazione*	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> altro.....
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....

Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....

Cadute ricorrenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Specificare: .....
-------------------	---

#### DEFICIT SENSORIALI

Ipovisione/cecità	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Specificare: .....
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi

#### DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....	
Crisi d'ansia / attacchi di panico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale	
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole /tentativo di fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....	
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che tipo: .....	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data: ...../ ..... / .....	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: .....	
Eventuali note e osservazioni: .....		
.....		
.....		

**PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE**

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento		
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore	Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....		
Peso corporeo: ..... kg	Altezza: ..... cm		
Eventuali note e osservazioni: .....			
.....			

Allergie	<input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....
----------	---

**TERAPIA**

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

NOME FARMACO	DOSAGGIO	QUANTITÀ	TIPO	ORARIO DI ASSUNZIONE

**EVENTUALI TERAPIE OCCASIONALI/AL BISOGNO (SPECIFICARE L'INDICAZIONE)**

.....  
.....  
.....  
.....

**ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI E/O EVENTUALI APPROFONDIMENTI:**

.....  
.....  
.....  
.....

<p>Nome e Cognome medico curante: .....</p> <p>Recapito ..... ..... ..... .....</p> <p>tel. diretto..... .....</p> <p>fax .....</p> <p>e-mail diretta: .....@.....</p>	<p>Timbro e firma del medico curante</p>
--	--

Data di compilazione: ..... / ..... / 20.....



## VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (GEFI)

COGNOME E NOME	DATA VALUTAZIONE

### FATTORI MEDICO – BIOLOGICI sez. A

GE 1 – CAPACITÀ DI MOVIMENTO			GE 6 – LESIONI DA PRESSIONE		
Cammina autonomamente		0	Assenti		0
Cammina con bastone o altro supporto		10	Superficiali (stadio I e II)		25
Seduto su carrozzina		50	Profonde (stadio III)		75
Allettato		100	Profonde (stadio IV)		100
GE 2 – STATO MENTALE			GE 7 – ALIMENTAZIONE		
Parla e comprende		0	Mangia da solo		0
Comprende soltanto		25	Necessita di aiuto e/o supervisione		25
Non comprende		75	Deve essere imboccato		50
Comportamento aggressivo/pericoloso		100			
GE 3 – ORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE			GE 8 – IGIENE PERSONALE E ABBIGLIAMENTO		
Orientato		0	Autonomia e sufficienza completa		0
Parzialmente orientato		25	Necessita di aiuto e/o supervisione		25
Disorientato frequentemente		50	Deve essere lavato e vestito		50
Stabilmente disorientato		75			
GE 4 – FUNZIONI SENSORIALI			GE 9 – RITMO SONNO-VEGLIA		
Apparentemente normali		0	Regolare		0
Deficit tatto/gusto		5	Irrequietezza notturna		10
Deficit uditivo		15	Sonnolenza diurna e irrequietezza notturna		25
Deficit visivo		25	Completa alterazione (inversione di ritmo)		50
Deficit visivo grave		50			
Deficit visivo grave deficit uditivo e/o visivo globale		100			
GE 5 – CONTROLLO SFINTERI			GE 10 – CONDIZIONI DI SALUTE		
Controllo completo		0	Buona salute non necessita di cure mediche		0
Incontinenza urinaria episodica		10	Necessita di cure mediche saltuarie		5
Incontinenza urinaria notturna		25	Necessita di cure mediche settimanali		25
Incontinenza urinaria diurna		30	Necessita di cure mediche quotidiane		75
Portatore di catetere a permanenza		50			
Incontinenza doppia (urinaria e fecale)		100			

### FATTORI SOCIO - AMBIENTALI sez. B

GE 11 – FABBISOGNO ASSISTENZA INFERMIERISTICA			GE 14 – SITUAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA		
Buona salute, non necessita di assist. infermieristica		0	Completamente sufficiente		0
Necessita di saltuaria assist. infermieristica		5	Necessita di aiuto da parte dei parenti		5
Necessita supervisione nell'assunzione di medicinali		10	Necessita di aiuto di conoscenti o volontari		15
Necessita di assist. Infermieristica 1 v./settimana		25	Precarietà		20
Necessita di assist. Infermieristica quotidiana		50	Povertà estrema		25
GE 12 – SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE			GE 15 – CONTATTO SOCIALE		
Alloggio idoneo		0	Attivo e autonomo senza limitazioni geografiche		0
Mancanza di alcuni servizi all'interno dell'alloggio		15	Autonomo nell'ambito del quartiere o paese		10
Barriere architettoniche		25	Limitato al vicinato		25
GE 13 – SITUAZIONE FAMILIARE			Limitato alla famiglia		35
Famiglia collaborante, in grado di fornire assistenza		0	Isolamento		50
Famiglia che necessita di aiuto per la cura		25			
Famiglia incapace o non collaborante		35			
Senza famiglia o amici		50			

(GE-TOT) INDICE GLOBALE GEFI \_\_\_\_\_/1000  
 INDICE SUBTOTALE GEFI (SEZ. A) \_\_\_\_\_/800  
 INDICE SUBTOTALE GEFI (SEZ. B) \_\_\_\_\_/200

Timbro e firma del Medico