



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 e di tutti i familiari che lasciano i propri dati
- 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 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 ! 'GYgħc'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 per anziani (affitto mensile)	€ 899,46

**Residenza Sanitaria Disabili Villa Pelucca
via Campanella 8 ! 'GYgħc'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 ! 'GYgħc'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"/> Amministrazione di sostegno <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 _____



Ente Gestore Fondazione "La Pelucca"
**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

**Ai sensi degli artt. 12 e 13 del Reg. UE 2016/679
(Regolamento in materia di protezione dei dati personali)**

Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca onlus

LA INFORMA CHE

A. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento dei dati è Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca onlus (di seguito Fondazione) con sede legale in Sesto San Giovanni (MI) via Tommaso Campanella 8/10 Codice Fiscale 85001850156 Partita IVA 00987080967 telefono 02.2483240 pelucca@pec.it, a cui ci si può rivolgere per far valere i propri diritti, anche direttamente all'indirizzo privacy@fondazionepelucca.org.

L'elenco dei Responsabili dei trattamenti è disponibile negli uffici amministrativi della Fondazione.

B. Finalità del trattamento

- 1) I dati saranno trattati per lo **svolgimento dei servizi richiesti** alla Fondazione o delle attività previste dal contratto e per i dovuti adempimenti amministrativi; a solo titolo esemplificativo e non esaustivo si citano ad esempio: servizi di RSA, RSD, CDI, Hospice, assistenza domiciliare, consulenza, fornitura di beni e servizi.

I dati saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi e regolamenti nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.

- 2) I dati 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 dalla Fondazione.
- 3) Infine i dati potranno essere trattati per fini di **informazione e promozione** della Fondazione (ad esempio inviti ad eventi, pubblicazione di immagini sul sito o sui social network).

C. Modalità di trattamento

Il trattamento dei dati potrà essere effettuato in forma cartacea ed elettronica, con accesso consentito solo agli operatori autorizzati dalla Fondazione.

D. Destinatari dei dati

I suoi dati possono essere comunicati per le finalità di cui sopra, ai responsabili ed incaricati del trattamento della Fondazione, alle aziende che forniscono servizi alla Fondazione necessari per lo svolgimento della propria attività, ad altri soggetti competenti secondo quanto richiesto dalla normativa vigente.

Inoltre essi possono essere comunicati alle forze di polizia, all'autorità giudiziaria, o ad altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione di reati.

E. Periodo di conservazione

I dati saranno conservati fino al termine del rapporto contrattuale o del servizio svolto dalla Fondazione.

I dati saranno poi conservati nell'archivio corrente della Fondazione fino ai termini previsti dalla legge e, se di rilievo, a tempo indeterminato nell'archivio storico della Fondazione.

F. Diritti degli interessati

In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ovvero: accesso ai dati, rettifica e integrazione dei dati, cancellazione dei dati (se non in contrasto con la normativa vigente), portabilità dei dati (cioè ricevere i propri dati in un formato elettronico leggibile o trasmetterli ad altro titolare), limitazione del trattamento, diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo (Garante).

G. Conseguenze del mancato consenso al trattamento

Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia gli stessi sono indispensabili per lo svolgimento delle attività di cui al **punto B1** e pertanto il mancato conferimento può comportare per la Fondazione un impedimento nel fornire i servizi richiesti o a sottoscrivere il rapporto contrattuale.



Ente Gestore Fondazione "La Pelucca"
**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Il consenso al trattamento per fini scientifici, di ricerca, di informazione e promozione (**punti B2 e B3**) è facoltativo e il mancato consenso non preclude in alcun modo la fornitura dei servizi richiesti o la sottoscrizione del rapporto contrattuale.

L'interessato ha diritto in qualsiasi momento di modificare o revocare i consensi dati per ciascuno dei trattamenti rivolgendosi alla Fondazione.

H. Categorie di dati trattati

Dati anagrafici	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati bancari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati biometrici (comprese le immagini)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati culturali-sociali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati economico-finanziari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati genetici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati giudiziari-penali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati politici-sindacali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati razziali-etnici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati religiosi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati sanitari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati sessuali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

CONSENSI AL TRATTAMENTO DEI DATI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
IN QUALITÀ DI
 INTERESSATO
 TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/FAMILIARE DEL SIG./RA _____

DOPO AVER PRESO VISIONE DELLE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA

DICHIARA

DI DARE IL CONSENSO
AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B1**

DATA __ / __ / ____ FIRMA _____

DI DARE IL CONSENSO
AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B2**

DATA __ / __ / ____ FIRMA _____

DI DARE IL CONSENSO
AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B3**

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:		
.....		
.....		

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