



Data ricevimento [ ] prot. [ ] C.D.I.  C.D.I.A.

Data primo contatto [ ] esito [ ]

Appuntamento visita di valutazione [ ] h. [ ] Esito [ ]

Domanda ritirata il [ ] motivo/persona di riferimento [ ]

## DOMANDA DI AMMISSIONE E FREQUENZA

Il/La sottoscritto/a [ ] nato/a a [ ]  
prov. ( [ ] ) il [ ] codice fiscale [ ] residente a  
[ ] cap [ ] via [ ]  
tel. [ ] email [ ]  
in qualità di: interessato  figlio/a  coniuge  tutore   
amministratore di sostegno  altro  specificare [ ]

### Chiede

L'ammissione alla frequenza del Centro Diurno Integrato di "Arioli Dolci" di Treviolo

Da compilare in caso la richiesta non sia effettuata dall'interessato

del sig./della sig.ra [ ]  
nat a [ ] prov. ( [ ] ) il [ ]  
codice fiscale [ ] residente a [ ] cap [ ]  
via [ ] tel [ ]



nr. giorni frequenza richiesti: lun  mar  mer  gio  ven  sab  dom   
Intendo usufruire del nostro servizio di trasporto del cdi SI  NO

**Dati della persona per cui è richiesto il servizio:**

ATS di appartenenza

domicilio se diverso da residenza:

via

nr. tessera sanitaria

Cittadinanza

Stato civile

Titolo di studio

Motivo della domanda:

Perdita autonomia

Alloggio non idoneo

Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)

Solitudine

Insufficienza del supporto familiare

Altre motivazioni

Se viene trasferito da altro servizio/centro indicare quale

La persona usufruisce di:

*Contributi comunali*

*Buono/Voucher*

*Assegno accompagnamento*

SAD/ADI

Posizione professionale:

Artigiano, coltivatore diretto, commerciante, altro

Casalinga (che ha svolto lavoro retribuito)

Casalinga (che non ha mai svolto lavoro

retribuito, anche se con pensione)  Coadiuvante in aziende a conduzione familiare

Disoccupato (attualmente)

Imprenditore

Invalido, inabile (anche se

pensionato)  Invalido, inabile (che non ha mai svolto lavoro retribuito)

Pensionato (che ha lavorato)

Altro

Altro (che ha svolto lavoro retribuito)

La persona è titolare delle seguenti pensioni:

Anzianità vecchiaia

Sociale

Tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro

ecc)

Reversibilità

Invalidità

Altro



**INDICE DI AUTONOMIA NELLA ATTIVITÀ QUOTIDIANE (ADL)**

**FARE IL BAGNO**

- E' autonomo (necessità di assistenza per lavarsi)
- Necessita soltanto di assistenza per la pulizia di una parte del corpo (schiena, gambe)
- Necessita di assistenza totale

**VESTIRSI**

- Prende i vestiti e li indossa senza assistenza
- Prende i vestiti e li indossa ma necessita di assistenza per allacciarsi le scarpe
- Necessita di assistenza per prendere o indossare i vestiti o rimane parzialmente svestito

**USO DEI SERVIZI**

- Va in bagno, si pulisce e si riveste autonomamente eventualmente usando supporti
- Necessita di assistenza per recarsi in bagno e per le funzioni successive
- Non si reca in bagno per i bisogni corporali

**MOBILITÀ**

- Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza, eventualmente usando supporti
- Compie le suddette se assistito
- Non si alza dal letto

**CONTINENZA**

- Controlla completamente feci ed urine
- Saltuaria incontinenza
- Necessita di sorveglianza, usa il catetere o è incontinente

**ALIMENTAZIONE**

- Si alimenta senza assistenza
- Necessita di assistenza solo per alcune operazioni (tagliare la carne)
- Necessita di assistenza per alimentarsi
- Va alimentato parzialmente o completamente per via enterale e parentale



Alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:

- ◆ Autocertificazione dello stato di famiglia (modulo allegato)
- ◆ Autocertificazione di residenza (modulo allegato)
- ◆ Fotocopia carta di identità e codice fiscale
- ◆ Fotocopia tessera sanitaria ed eventuali esenzioni ticket
- ◆ Relazioni medica particolareggiata del medico di base (modulo allegato)
- ◆ Ultimo ricovero, lettera di dimissione o eventuale ultima visita di controllo
- ◆ Ultimi esami ematochimici
- ◆ Eventuale relazione del servizio sociale del comune di residenza se in carico ai servizi sociali

- 1) Sottoscrivendo la presente domanda di ammissione, si autorizza la Namasté Società Cooperativa Sociale, ai sensi e per gli effetti del Codice sulla Privacy L. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni al trattamento dei dati personali contenuti nella domanda stessa e nei suoi allegati.
- 2) Si fa presente che la persona che frequenta il C.D.I. e C.D.I. Alzheimer continua a rimanere in carico al proprio Medico di Base, in particolare per quanto riguarda l'eventuale prescrizioni di farmaci o di visite specialistiche. Il Medico presente nel centro si occuperà dell'osservazione dello stato di salute dell'ospite, della somministrazione delle terapie e di eventuali urgenze; i farmaci, così come eventuali ausili forniti dall'ATS (es. pannoloni, sacche urine ...) dovranno essere ritirati dal familiare e consegnati in Struttura.
- 3) Il sottoscrittore dichiara di aver ricevuto copia della carta dei servizi e del regolamento del C.D.I. Arioli Dolci.

Data

Firma di chi ha compilato la domanda



**SCHEDA DA COMPILARE IN CASO DI DIAGNOSI DI DEMENZA O MALATTIA DI ALZHEIMER**

Gentili Signori,

Vi chiediamo di compilare la parte che segue nel modo più oggettivo e realistico possibile.

Rendere note le caratteristiche del Vostro familiare, non precluderà in alcun modo la possibilità di essere accolti nel nostro centro.

Il nostro centro dispone di due unità di offerta differenziate per tipologia di utenza, una corretta informazione ci consentirà di inserire il Vostro caro nella struttura più idonea.

**Sig./Sig.ra**

U.V.A. o Medico specialista che ha in cura la persona

A quando risale la diagnosi?

Valore ultimo MMSE somministrato  /30

**1. Capacità cognitiva della persona**

	Scarso	Discreto	Buono	Eccellente
Memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giudizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linguaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iniziativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di soluzione problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reattività a istruzioni/ricieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. salute generale della persona**

	Scarso	Discreto	Buono	Eccellente
Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salute generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### 3. personalità della persona prima della malattia ed oggi

(segnare con una x le voci che interessano)

Tratti di personalità	Prima della malattia	oggi
Contenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estroversa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatalista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amichevole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introversa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riservata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sospettosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Timida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessimista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elencare quali tratti di personalità sono cambiati. Potete identificare elementi scatenanti (ad esempio persone, luoghi o periodi di tempo) o teorie che spieghino perché il cambiamento ha avuto luogo?

Tratto di personalità cambiato

Ragione

Tratto di personalità cambiato

Ragione



Tratto di personalità cambiato

Ragione

**4. elencate i comportamenti della persona** (possibili più risposte)

COMPORAMENTO (segnare con una x le voci che interessato)	NO	SI	SE SI INDICARE:		
			SEMPRE	FREQUENTE	SALTUARIO
VAGABONDAGGIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BESTEMMIA E AGGREDISCE VERBALMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA COSTANTI RICHIESTE INGIUSTIFICATE DI ATTENZIONE O AIUTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FA DOMANDE O AFFERMAZIONI RIPETITIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLPISCE SE STESSO O GLI ALTRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCALCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFFERRA LE PERSONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LANCIA OGGETTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIDE O PIANGE INADEGUATAMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
URLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MORDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRAFFIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CERCA DI ANDARE IN POSTI DIVERSI (ES. USCIRE DALL'EDIFICIO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CADE INTENZIONALMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI LAMENTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANGIA E BEVE SOSTANZE INAPPROPRIATE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANEGGIA COSE IN MODO INAPPROPRIATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NASCONDE OGGETTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCUMULA OGGETTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROMPE O DISTRUGGE OGGETTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESEGUE AZIONI RIPETITIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FA AVANCE SESSUALI VERBALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FA AVANCE SESSUALI FISICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESENTA IRREQUIETEZZA GENERALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA ALLUCINAZIONI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INATTIVO/A (RIMANE SEMPRE SEDUTO/A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APATICO/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Potete identificare gli elementi scatenanti (ad esempio: persone, luoghi o periodi di tempo) che provocano questi comportamenti?

Comportamento

elemento scatenante

Comportamento

elemento scatenante

Comportamento

elemento scatenante





**NAMASTÉ**  
cooperativa sociale



**5. elencate almeno tre cose che la persona ama fare o alle quali risponde in modo particolare:**

**6. elencare tre qualità della persona che vorreste che gli altri conoscessero (queste qualità possono includere valori, idee, tradizioni o conquiste) e in che modo la persona descriverebbe se stessa se le venisse chiesto di farlo con poche parole**

Grazie per la collaborazione

Firma di chi ha compilato la domanda