



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

Viale Repubblica, n. 86
27058 VOGHERA (PV)
Tel. 0383 – 644406

● ***Che cosa si deve presentare per fare domanda per l'ingresso nel CDI?***

Alla **DOMANDA** è necessario allegare la seguente documentazione

- **CERTIFICAZIONE SANITARIA PERSONALE**
- **SCHEDA SOCIALE**
- **SCHEDA ANAGRAFICA**
- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

● ***In che giorni bisogna consegnare le domande?***



**CONSEGNA PRESSO L'UFFICIO SEGRETERIA –
A.S.P. "CARLO PEZZANI"
VIALE REPUBBLICA N. 86
27058 VOGHERA PV
TELEFONO: 0383/644406 FAX: 0383/640657
Mail: segreteria@aspvoghera.it**

NEI SEGUENTI GIORNI:

Lunedì – Martedì – Mercoledì – Giovedì
dalle ore 09.00 alle ore 12.00 e dalle 14.00 alle 16
Venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.00

**LA DOMANDA RICONSEGNA E DEBITAMENTE COMPILATA VERRA' INSERITA
ALL'INTERNO DI UNA
GRADUATORIA**



Allegati alla domanda vanno presentati i seguenti documenti:

- **FOTOCOPIA CARTA DI IDENTITA'**
- **FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA**
- **FOTOCOPIA ATTESTATO ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET**
- **FOTOCOPIA ATTESTAZIONE INPS INVALIDITA' CIVILE L. 104/92**
- **CERTIFICATO MEDICO DI BASE ATTESTANTE LA TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO CON ORARI DEI FARMACI DA SOMMINISTRARE**
- **DOCUMENTI DI VISITE SPECIALISTICHE ESEGUITE (ES. FISIATRICHE, ORTOPEDICHE E NEUROLOGICHE)**

L'ACCETTAZIONE NEL CENTRO DIURNO INTEGRATO DELL'ASP "CARLO PEZZANI" È SUBORDINATA ALL'ESITO DI UN COLLOQUIO CON I FAMILIARI E IL FUTURO OSPITE, DA PARTE DEL COORDINATORE SANITARIO DELL'ASP., IL QUALE VALUTERÀ CHE LE CONDIZIONE FISICHE E PSICHICHE DEL SOGGETTO SIANO COMPATIBILI CON LA VITA COMUNITARIA DEL CDI.



Successivamente, l'Ufficio Segreteria contatterà telefonicamente per informare circa il giorno e l'ora dell'ingresso al CDI.



● ***E per quanto riguarda la retta?***

RETTE IN VIGORE PRESSO IL CENTRO DIURNO INTEGRATO A PARTIRE DAL 1 GENNAIO 2014

Retta mensile

EURO 377,00

Retta giornaliera 12,39 €

IVA ESENTE

Dalla retta sono esclusi i seguenti servizi/prestazioni:

- ✓ Visite specialistiche e/o esami di laboratorio
- ✓ Trasporto con autolettighe
- ✓ Fornitura di farmaci, presidi e ausili per la deambulazione
- ✓ Parrucchiere, barbiere e pedicure
- ✓ Il lavaggio degli indumenti

DIMISSIONI

Eventuali dimissioni volontarie devono essere comunicate all'Ufficio Segreteria e all'Ufficio Ragioneria come da Regolamento di Gestione, che viene consegnato ai familiari dell'ospite il giorno dell'ingresso in struttura, unitamente alla Carta dei Servizi.



SERVIZIO DI TRASPORTO

Si informa che è attivo un servizio di trasporto da e per CDI per tutti i giorni della settimana festivi compresi con la Soc Cooperativa sociale Marta onlus, il costo del servizio è il seguente:

- euro 8,00 per il trasporto giornaliero degli utenti fino ad un massimo di una percorrenza pari a 24Km complessivamente andata e ritorno;
- euro 0,70 al Km per il trasporto giornaliero degli utenti che necessitano di una percorrenza oltre i 24 Km complessivamente andata/ritorno dal domicilio al CDI e viceversa (il costo del trasporto sarà interamente a carico dell'ospite/familiare e sarà da loro direttamente rimborsato alla ditta che eroga il servizio).



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA

A.S.P. "Carlo Pezzani"

**Viale Repubblica, n. 86
27058 VOGHERA PV**

SCHEDA ANAGRAFICA

Cognome e Nome _____

Paternità _____ Maternità _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ data ____ \ ____ \ ____ \ ____

Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Pensione/ente _____ Cat. _____ n. _____

Importo mensile _____

N° Carta Regionale dei Servizi _____

Esenzione ticket n. _____

Usufruisce di buono socio-sanitario? si domanda presentata no

Usufruisce di assegno di accompagnamento? si domanda presentata no

Usufruisce di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)? si no

Indirizzo e numero di telefono della persona a cui rivolgersi in caso di necessità:
(specificare il grado di parentela) _____



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

Viale Repubblica, n. 86
27058 VOGHERA PV

SCHEMA SOCIALE

Cognome e Nome _____

Stato civile: _____ Cognome /Nome del coniuge _____

Scolarità: n° _____ Anni di Studio

Grado di Istruzione: _____

Posizione professionale precedente _____

N° figli viventi maschi |__|e loro stato civile _____

N° figli viventi femmine |__|e loro stato civile _____

I parenti abitano: Vicino Lontano

Condizione abitativa precedente al ricovero: _____

Persone conviventi _____

Amministratore di Sostegno SI _____ NO

Eventi avversi negli ultimi mesi SI NO

(Es: morte di parenti prossimi, divorzio/separazione, cambio residenza, sfratto, malattia grave di un componente della famiglia)

Attività Sociali

Lettura (libri e giornali) SPESSO POCHÉ VOLTE AL MESE OCCASIONALMENTE
MAI

Lavori manuali SPESSO POCHÉ VOLTE AL MESE OCCASIONALMENTE MAI

Fa o riceve telefonate SPESSO POCHÉ VOLTE AL MESE OCCASIONALMENTE
MAI

Gioca a carte o ad altri giochi di società SPESSO POCHÉ VOLTE AL MESE
OCCASIONALMENTE MAI

Guarda la televisione/ascolta musica SPESSO POCHÉ VOLTE AL MESE
OCCASIONALMENTE MAI



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA

A.S.P. "Carlo Pezzani"

Gentile Medico di Medicina Generale,
la scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in RSA. L'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 la RSA. La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

Cognome e Nome _____

data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Quadro clinico: Patologie principali

INDICE DI COMORBILITA	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie cardiache (solo cuore) Portatore di Pacemaker [] si [] no		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa (valutare severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio Polmoni, bronchi, trachea sotto laringe)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie genito-urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato muscolo-scheletro e cute (muscoli, scheletro, tegumenti)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema nervoso (SNC, SNP; NO DEMENZE)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema endocrino-metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stato mentale e comportamentale (INCLUDE DEMENZE; depressione, ansia, agitazione, psicosi)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASPETTI CLINICO – FUNZIONALI

MALATTIE INFETTIVE (in atto)	
INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (ultimi 12 mesi)	
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"/> mobilitazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessita uso di sollevatore <input type="checkbox"/> allettato
UTILIZZO AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> girello <input type="checkbox"/> altro _____
INCONTINENZA URINARIA	<input type="checkbox"/> SI presidi di assorbenza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO
INCONTINENZA FECALE	<input type="checkbox"/> SI presidi di assorbenza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO
CATETERE VESCICALE	<input type="checkbox"/> SI TIPO _____ CH _____ Data posizionamento _____ <input type="checkbox"/> NO
OSSIGENOTERAPIA	<input type="checkbox"/> SI continua <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO discontinua <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO
VENTILAZIONE	<input type="checkbox"/> SI invasiva <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO non invasiva <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO
CATETERE VENOSO CENTRALE	<input type="checkbox"/> SI tipo _____ sede _____ <input type="checkbox"/> NO
LESIONI DA PRESSIONE	<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 <input type="checkbox"/> NO
ALTRE LESIONI CUTANEE (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> SI sede _____ Sede _____ <input type="checkbox"/> NO
CADUTE RICORRENTI	<input type="checkbox"/> SI specificare _____ _____ <input type="checkbox"/> NO

DEFICIT SENSORIALI

IPOVISUS	[] no [] si Corretta con occhiali [] no [] si
IPOACUSIA	[] no [] si Corretta con protesi [] no [] si

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <i>soporoso</i> <input type="checkbox"/> <i>coma /stato vegetativo (GCS: /15)</i>
Deficit della memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <i>Disorientamento</i> <input type="checkbox"/> <i>temporale</i> <input type="checkbox"/> <i>spaziale</i> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, <i>di che tipo:</i>
Crisi d'ansia, attacchi di panico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <i>Deflessione del tono dell'umore</i> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <i>Allucinazioni</i> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> <i>fisica</i> <input type="checkbox"/> <i>verbale</i>
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <i>Inversione ritmo sonno-veglia</i>
Wandering /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <i>Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo di fuga</i> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Mezzi di protezione e tutela (contenzione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, <i>di che tipo:</i>
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> <i>attuale</i> <input type="checkbox"/> <i>pregresso</i>
Altro

PROBLEMI E CONDIZIONI RELATIVE ALL'ALIMENTAZIONE

Peso corporeo	KG _____
Altezza	CM _____
Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> <i>senza aiuto/sorveglianza</i> <input type="checkbox"/> <i>necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.)</i> <input type="checkbox"/> <i>necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento</i>
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <i>Protesi:</i> <input type="checkbox"/> <i>Inferiore</i> <input type="checkbox"/> <i>Superiore</i> <i>Scheletrato:</i> <input type="checkbox"/> <i>Inferiore</i> <input type="checkbox"/> <i>Superiore</i>
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <i>Cibi frullati o omogeneizzati</i> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, <i>di che tipo:</i>
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG
Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> <i>periferico</i> <input type="checkbox"/> <i>centrale</i>
Allergie/intolleranze alimentari	

TERAPIA FARMACOLOGICA:
 NON ASSUME TERAPIA FARMACOLOGICA

TERAPIA IN ATTO
(campo obbligatorio di compilazione da parte del Medico Curante)

<i>Farmaco/principio attivo</i>	<i>Posologia</i>	<i>Orari di somministrazione</i>

Ulteriori informazioni

Data: ____/____/____

Timbro Medico Medicina generale

Firma

Recapito telefonico



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

Viale Repubblica, n. 86
27058 VOGHERA PV

Informativa ex art.13 D.Lgs. 196/2003 per il trattamento di dati personali e sensibili

Gentile Signore/a,

ai sensi del D.lgs. 196/2003 sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Inoltre, ai sensi dell'articolo 13 del predetto decreto, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

I dati sensibili, di cui all'art. 4, comma 1, lett. d, nonché art.26 del D.lgs.196/2003 (nonché, nel caso specifico, i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute), possono essere oggetto di trattamento, ai sensi dell'art.76, da parte di Esercenti le professioni sanitarie e organismi sanitari pubblici anche senza l'autorizzazione del Garante e solo con il consenso scritto dell'interessato,

Prestando il Suo consenso al trattamento dei dati, gli stessi sensibili da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

Procedure amministrative inerenti l'espletamento delle prestazioni ambulatoriali e/o sanitarie e socio assistenziali di ricovero da Lei richieste;

Valutazione dello stato di salute e decisioni assistenziali, riabilitative e terapeutiche da parte del personale sanitario;

Nell'ambito del Progetto CRS-SISS, l'eventuale utilizzo nel mio Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE. La comunicazione al medico di base dell'evento sanitario che la sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio FSE, potranno avere luogo solamente qualora Lei abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS – Informativa ex art.76 D.Lgs 196/2003" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.

Il trattamento sarà effettuato con registrazioni manuali ed informatiche.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta la mancata esecuzione delle procedure di cui sopra. I dati saranno comunicati ai servizi

competenti della locale ASL e della Regione Lombardia ai quali l'A.S.P. "Carlo Pezzani" è tenuta ai fini dell'assolvimento del debito informativo.

Il titolare del trattamento è il Direttore Generale dell'A.S.P. "Carlo Pezzani".

Il responsabile del trattamento per l'A.S.P. "Carlo Pezzani" è il Direttore Medico.

Il rappresentante del titolare nel territorio dello Stato è il Consiglio di Amministrazione, nella figura del suo Legale Rappresentante.

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

Decreto Legislativo n.196/2003,

Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a) dell'origine dei dati personali;
- b) delle finalità e modalità del trattamento;
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Azienda di Servizi alla Persona "Carlo Pezzani"

V.le Repubblica, 86

Voghera (PV)



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

Viale Repubblica, n. 86
27058 VOGHERA PV

Acquisizione del consenso dell'interessato per il trattamento di dati personali

Il/la sottoscritto/a, acquisendo le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003,

- dichiara di avere preso visione della informativa riportata in calce ai sensi del citato D.Lgs. 196/03
-in merito al consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa

Presta il consenso Nega il consenso

- in merito alla comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa

Presta il consenso Nega il consenso

- in merito al trattamento dei dati personali, necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Presta il consenso Nega il consenso

Nome Cognome

Luogo Data

Firma leggibile

.....