

FONDAZIONE
ISTITUTO SACRA FAMIGLIA
ONLUS

DOMANDA DI VALUTAZIONE

Tipologia di ricovero richiesto:

diurno CDD residenziale a tempo indeterminato RSD

residenziale RSD a tempo determinato
specificare periodo: _____

Forme di ricovero:

accreditato solvente

Desidera che la domanda venga valutata anche presso le altre sedi della Fondazione?

Sì tutte

Solo sede di: Cesano Boscone (MI) Settimo Milanese (MI)
 Cocquio Trevisago (VA) Inzago (MB)
 _____ _____

Generalità dell'interessato/a (soggetto per cui si chiede il ricovero):

Cognome _____ nome _____

Nato/a il _____ a _____

Sesso: M F Codice fiscale: _____

Stato civile: nubile/celibe ; coniugato/a ; vedovo/a ; separato/a ; divorziato/a

Residente nel comune: _____ pv _____

In via _____ cap _____

Tel.: _____ Mail: _____

Da che anno è residente presso questo comune? _____

Il comune di competenza è a conoscenza della presentazione della domanda di ingresso? sì ; no

ATS di competenza: _____

Medico di Medicina Generale Dott./ssa _____

Tel.: _____ Mail: _____

Generalità del tutore o amministratore di sostegno (se già nominato)

Amministratore di sostegno Tutore Curatore

Cognome _____ nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente nel comune: _____ pv _____

In via _____ cap _____

Codice fiscale: _____

Atto di nomina n° _____ del Tribunale di: _____

Tel.: _____ Mail: _____

FONDAZIONE
ISTITUTO SACRA FAMIGLIA
ONLUS

Persona di riferimento 1:

Cognome _____ nome _____
Grado di parentela _____
Nato/a il _____ a _____
Residente nel comune: _____ pv _____
In via _____ cap _____
Tel.: _____ Mail: _____

Persona di riferimento 2:

Cognome _____ nome _____
Grado di parentela _____
Nato/a il _____ a _____
Residente nel comune: _____ pv _____
In via _____ cap _____
Tel.: _____ Mail: _____

Attualmente il soggetto per cui si presenta domanda di valutazione si trova:

Al proprio domicilio; Presso propri familiari
Usufruisce di: ADI Usufruisce di: ADI
 altri servizi domiciliari (indicare quali) altri servizi domiciliari (indicare quali)

in ospedale (indicare quale) in struttura riabilitativa (indicare quale)

Reparto: _____

Reparto: _____

Da quale data: _____

Da quale data: _____

in struttura protetta (indicare quale) in RSD (indicare quale)

Reparto: _____

Reparto: _____

Da quale data: _____

Da quale data: _____

in RSA (indicare quale): _____ Da quale data: _____

Precedentemente dove si trovava? _____

Motivi della domanda di ricovero:

- salute sociali assistenziali trasferimento da altra struttura

Situazione economica del soggetto per il quale si chiede la valutazione:

- INPS cat. VO vecchiaia n. _____ INPS cat. IO invalidità n. _____

INPS cat. SO reversibilità n. _____ INPS cat. PS sociale n. _____

Stato (INPDAP, Ministero Tesoro, ecc.) n. _____ Invalidità civile n. _____

Altro _____

Accertamento invalidità civile:

- in corso accertata di grado % domanda non presentata

Indennità di accompagnamento:

Accertamento Legge 104:

- in corso sì no domanda non presentata

In merito alla decisione dell'eventuale ricovero, la persona interessata è:

- consenziente indifferente contrario non in grado di decidere
 non informato

Indicare gli Enti che hanno o hanno avuto in carico la persona interessata:

- Comune di _____ NPI di _____

CPS di _____ altro _____

altro _____ altro _____

Scolarità:

- analfabeta licenza elementare licenza scuola media inferiore
 scuola professionale (indicare quale) diploma scuola media sup. (indicare quale)

diploma scuola media sup. (indicare quale)

FONDAZIONE
ISTITUTO SACRA FAMIGLIA
ONLUS

Professione esercitata nel periodo lavorativo:

non ha mai lavorato

Settore: _____ N° Anni _____

Settore: _____ N° Anni _____

Settore: _____ N° Anni _____

Interessi / hobby / abitudini:

RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

Abitazione (residenza abituale, se attualmente ricoverato in struttura residenziale, dare indicazioni sull'eventuale abitazione ove abitualmente fa visita ai parenti):

di proprietà in affitto

Tipo di abitazione (n. locali, servizi, piano, barriere architettoniche, ecc.): _____

Elenco dei principali familiari o parenti:

Tipo parentela	Cognome nome	Data di nascita	Residenza (indirizzo)	Telefono	Convivente	
					Sì	No

NOTE E OSSERVAZIONI:

FONDAZIONE
ISTITUTO SACRA FAMIGLIA

ONLUS

DOCUMENTI DA ALLEGARE IN FOTOCOPIA:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carta d'identità del soggetto interessato | <input type="checkbox"/> Carta d'identità del tutore/AdS |
| <input type="checkbox"/> Carta regionale dei servizi del soggetto interessato | <input type="checkbox"/> Carta regionale dei servizi del tutore/AdS |
| <input type="checkbox"/> Tessere di esenzione ticket | <input type="checkbox"/> Verbale d'invalidità |
| <input type="checkbox"/> Verbale riconoscimento Legge 104 | <input type="checkbox"/> Certificato di residenza |
| <input type="checkbox"/> Certificato stato di famiglia | <input type="checkbox"/> Documentazione sanitari (esiti esami/visite, ecc) |

NOME DELLA PERSONA CHE HA PROVVEDUTO A COMPILARE LA DOMANDA:

Nome e Cognome in stampatello

RUOLO DELLA PERSONA CHE HA PROVVEDUTO A COMPILARE LA DOMANDA:

- familiare
- tutore/AdS
- assistente sociale, specificare l'ente: _____
- altro, specificare: _____

Tel.: _____

Indirizzo: _____

Data compilazione: _____

Timbro e firma del compilatore: _____

FONDAZIONE
ISTITUTO SACRA FAMIGLIA
ONLUS

VALUTAZIONE SANITARIA e ASSISTENZIALE

Cognome _____

nome _____

Nato/a il

a _____

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE:

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:

NOTE E OSSERVAZIONI:

**FONDAZIONE
ISTITUTO SACRA FAMIGLIA**

ONLUS

PATOLOGIE presenti e giudizio di gravità
(indicare con crocetta nella colonna interessata)

Assente = nessuna compromissione d'organo /sistema

Lieve = la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente.

Moderato = la compromissione d'organo / sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona.

Grave = la compromissione d'organo / sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.

Molto grave = la compromissione d'organo / sistema mette a repentaglio la sopravvivenza il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

	1	2	3	4	5
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave
Patologie cardiache. Specificare:	<input type="checkbox"/>				
.....					
Ipertensione arteriosa. Specificare:	<input type="checkbox"/>				
.....					
Patologie vascolari. Specificare:	<input type="checkbox"/>				
.....					
Patologie respiratorie. Specificare:	<input type="checkbox"/>				
.....					
Necessita di assistenza respiratoria?					
<input type="checkbox"/> no					
<input type="checkbox"/> ossigeno occasionale					
<input type="checkbox"/> ossigenoterapia con O2 gassoso					
<input type="checkbox"/> ossigenoterapia con O2 liquido					
<input type="checkbox"/> tracheotomia					
<input type="checkbox"/> ventilazione meccanica non invasiva					
<input type="checkbox"/> ventilazione meccanica invasiva					
Vista, udito, naso, gola, laringe. Specificare:	<input type="checkbox"/>				
.....					
Apparato gastroenterico superiore. Specificare:	<input type="checkbox"/>				
.....					
Apparato gastroenterico inferiore. Specificare:	<input type="checkbox"/>				
.....					
Patologie epatiche. Specificare:	<input type="checkbox"/>				
.....					
Patologie renali. Specificare:	<input type="checkbox"/>				
.....					
Necessita di terapia dialitica?					
<input type="checkbox"/> no					
<input type="checkbox"/> sì dialisi peritoneale					
<input type="checkbox"/> sì dialisi extracorporea					

FONDAZIONE
ISTITUTO SACRA FAMIGLIA

CONTENTS

Altre patologie genito – urinarie. Specificare:	<input type="checkbox"/>				
.....					
Sistema muscolo – scheletrico e cute. Specificare:	<input type="checkbox"/>				
.....					
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze) Specificare:	<input type="checkbox"/>				
.....					
Patologie endocrino – metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici) Specificare:	<input type="checkbox"/>				
.....					

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

È in cura con:

- radioterapia
 - chemioterapia
 - nessuna delle terapie citate

Necessita cure/terapie con uno o più dei seguenti macchinari:

- ventilazione
 - tosse
 - c-pap
 -

Il macchinario è:

- della struttura presso cui si trova
 - prescritto alla persona interessata
 - in corso di prescrizione
 - già prescritto e in attesa di consegna

**FOUNDAZIONE
ISTITUTO SACRA FAMIGLIA**

ONLUS

Ha allergie ai farmaci?

no

sì, quali? _____

Il soggetto è esente allo stato attuale da malattie infettive e contagiose che ostacolano il vivere in comunità?

sì

no, quale malattia presenta? _____

ASPETTI COGNITIVI COMPORTAMENTALI

Presenta comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo:

no, solo eccezionalmente talvolta in modo ricorrente spesso, più volte nell'arco della settimana o del giorno

se presenti descriverne la tipologia:
.....

In cura presso Servizi Psichiatrici: sì no Se sì quali:

Se sì da quando:

Tentato suicidio: sì no Se sì quando:

Negli ultimi 6 mesi, sono stati utilizzati mezzi di protezione/ contenzione: sì no

Se sì quali:

Per ognuna delle seguenti voci barrare una delle caselle:

	Senza nessuna difficoltà	Con difficoltà media	Con difficoltà totali
Intraprende compiti semplici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intraprende compiti articolati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa completare la routine quotidiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È in grado di tollerare tempi d'attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È in grado di leggere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È in grado di scrivere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È in grado di utilizzare il denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È in grado di utilizzare il telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunica con messaggi verbali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì specificare:	<input type="checkbox"/> linguaggio strutturato	<input type="checkbox"/> parola - frase	<input type="checkbox"/> vocalizzi
Comunica con messaggi non verbali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprende un evento/storia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utilizza ausili per la comunicazione? no sì

Se sì, quali (es: tablet, ecc.)? _____

Per ognuna delle seguenti voci barrare una delle caselle:

	Assente	Lieve	Moderata	Grave
Confusione /orientamento spazio temporale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confabulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FONDAZIONE
ISTITUTO SACRA FAMIGLIA**
ONLUS

Vagabondaggio afinalistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deliri e allucinazioni (visive e/o uditive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività fisica verso sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività fisica verso altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pantoclastia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apatia, ritiro sociale, perdita di interessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tono dell'umore deflesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(specificare:				
Disforia / euforia e/o comportamenti disinibiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdita di memoria severa o non rammenta nulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi di linguaggio e/o deficit di comprensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mancato riconoscimento dei familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completa confusione senza capacità di relazione con l'esterno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urla o lamentazioni o vocalismi ripetitivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repentini cambiamenti dell'umore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etilismo attuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etilismo pregresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picacismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre dipendenze o disturbi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se presente, quali? _____				

STRUMENTI DI CONTENZIONE E TUTELA FISICA

Necessita di strumenti di contenzione e tutela fisica? sì no

Se sì specificare:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fascia per carrozzina o poltrona
<input type="checkbox"/> divaricatore inguinale
<input type="checkbox"/> corsetto con bretelle per carrozzina
<input type="checkbox"/> camicia contenitiva
<input type="checkbox"/> manopole
<input type="checkbox"/> tuta contenitiva
<input type="checkbox"/> fasce di sicurezza (4 arti + addominale al letto)
<input type="checkbox"/> fascia pelvica/addominale | <input type="checkbox"/> spondina singola al letto
<input type="checkbox"/> spondine bilaterali al letto
<input type="checkbox"/> letto a sponde alte
<input type="checkbox"/> tavolino per carrozzina
<input type="checkbox"/> lenzuola anticaduta
<input type="checkbox"/> poltrona geriatrica
<input type="checkbox"/> stanza di sollievo |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

CONTROLLO SFINTERICO

Possiede il controllo sfinterico? sì no

Se no specificare:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> necessita di ausili per incontinenza
<input type="checkbox"/> portatore di catetere esterno, se sì specificare: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Intermittente
<input type="checkbox"/> portatore di catetere vescicale a permanenza, segnalare data ultimo cambio: _____
<input type="checkbox"/> ano artificiale | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Evacuazione: naturale assistita (presenza i.p.) supportata (presenza operatore)

**FONDAZIONE
ISTITUTO SACRA FAMIGLIA**

ONLUS

ALIMENTAZIONE

(barrate solo le voci interessate, barrare anche più voci se interessate)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stato nutrizionale soddisfacente | <input type="checkbox"/> disfagia |
| <input type="checkbox"/> dieta frullata o omogeneizzata | <input type="checkbox"/> obesità |
| <input type="checkbox"/> rifiuto del cibo | <input type="checkbox"/> si alimenta autonomamente |
| <input type="checkbox"/> totalmente dipendente | <input type="checkbox"/> Alimentazione naturale |
| <input type="checkbox"/> alimentazione speciale | <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale |
| <input type="checkbox"/> diabete trattato con dieta (allegarla) | <input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico |
| | <input type="checkbox"/> Gastrostomia (PEG) / Digiunostomia |
| | <input type="checkbox"/> diabete trattato con farmaci |

Presenta allergia ad alimenti?

- no sì, quali? _____

Per ognuna delle seguenti voci barrare una delle caselle

INDICI FUNZIONALI

	Autonomo	con aiuto	con supervisione	Totale dipendenza
Usa la forchetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa il cucchiaio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa il coltello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa versare da una bottiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa usare il bicchiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa spessare il pane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IGIENE PERSONALE

INDICI FUNZIONALI

Per ognuna delle seguenti voci barrare una delle caselle:

	Autonomo	con aiuto	con supervisione	Totale dipendenza
Sa lavare le parti del corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa lavarsi tutto il corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa curare i denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa asciugarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa curare capelli e peli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regolazione della minzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regolazione della defecazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICATORI DI MOBILITÀ'

Necessita di ausili per il movimento? no sì in prestito della struttura attualmente ospitante.
 sì di proprietà sì di ATS

Se sì, di quali ausili necessita? nessuno bastone deambulatore carrozzina
 carrozzina elettrica altro _____

Se necessita di apparecchi e ausili: è in grado di usarli autonomamente
 non è in grado di usarli, necessita di assistenza

Terapia riabilitativa in corso?

- no sì, post acuta sì, di mantenimento

Cadute negli ultimi 3 mesi:

- nessuna 1 – 3 volte più di tre volte

I trasferimenti letto / carrozzina come avvengono?

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> non usa carrozzina | <input type="checkbox"/> autonomamente |
| <input type="checkbox"/> con aiuto di 1 persona sfruttando la stazione eretta | <input type="checkbox"/> con sollevatore |

INDICI FUNZIONALI				
<u>Per ognuna delle seguenti voci barrare una delle caselle:</u>				
	Autonomo	con aiuto	con supervisione	Totale dipendenza
Si muove su superfici diverse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si muove per brevi distanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa camminare attorno a degli ostacoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa spostarsi all'interno della struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa trasferirsi sa seduto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa trasferirsi da sdraiato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa sdraiarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa sedersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Presenta:

lesioni cutanee: no sì

lesioni da decubito: no sì Sede: _____ Stadio: _____

lesioni vascolari: no sì Sede: _____ Stadio: _____

utilizza ausili antidecubito? no sì

se sì quali? materasso materasso ad aria cuscino altro _____

se sì prescritti per lui di proprietà della struttura presso cui si trova

ABBIGLIAMENTO				
INDICI FUNZIONALI				
<u>Per ognuna delle seguenti voci barrare una delle caselle:</u>				
	Autonomo	con aiuto	con supervisione	Totale dipendenza
Sa mettersi indumenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa togliersi gli indumenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa mettersi le calzature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa togliersi le calzature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICO CURANTE: _____
Nome e Cognome in stampatello

MEDICO CHE HA PROVVEDUTO A COMPILARE LA DOMANDA: _____
Nome e Cognome in stampatello

Tel.: _____ Indirizzo: _____

Data compilazione: _____ Timbro e firma del medico: _____

INFORMATIVA PRIVACY
Regolamento UE 679/2016
Informativa Interessati – Dossier Sanitario Elettronico

Ai sensi e per gli effetti dell'Articolo 13 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e a seguito di quanto prescritto nel Provvedimento dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali n. 331 del 4 giugno 2015 (Linee guida sul Dossier Sanitario Elettronico), informiamo che Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus, Piazza Monsignor Moneta n.1, Cesano Boscone, in qualità di Titolare del trattamento, tratta i dati personali da Lei forniti per iscritto o verbalmente e liberamente comunicati (Art. 13.1, lett. a) Reg. 679/2018). Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'Interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Informiamo che il Dossier Sanitario Elettronico è lo strumento informatico costituito presso Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus che raccoglie l'insieme dei dati personali dell'interessato generati a seguito di eventi clinici, presenti ed eventualmente passati. Questi eventi clinici saranno messi in condivisione logica al personale sanitario di Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus, in qualità di titolare del trattamento, per le finalità di cura, diagnosi e assistenza sanitaria e sociale in modo tale che sia possibile predisporre la prestazione sanitaria più adeguata.

Le modalità di trattamento dei dati personali, effettuate nell'ambito dell'erogazione della prestazione sanitaria richiesta dall'interessato, è reperibile presso il sito web dell'Ente e/o presso la struttura ospedaliera..

1. Data Protection Officer (DPO) / Responsabile della Protezione dei dati (RPD) (Art. 13.1.b Regolamento 679/2016/UE)

Il Data Protection Officer è reperibile presso la sede principale di Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus in Piazza Mons. Moneta, 1 – 20090 Cesano Boscone (MI). È possibile prendere contatto per istanze/comunicazioni attraverso il recapito email: <mailto:privacy@pec.sacrafamiglia.org>

2. Finalità del trattamento dei dati personali (Art. 13.1.c Regolamento 679/2016/UE)

Tutti i dati personali comunicati dal soggetto Interessato, sono trattati dal Titolare del trattamento sulla base di uno o più dei seguenti presupposti di liceità:

- erogazione delle prestazioni richieste espressamente dall'Interessato (Art. 6.1, lett. a) e Art. 9.2, lett. a) Reg. 679/2016).

In elenco, le finalità per cui i dati personali dell'Interessato verranno trattati:

- per consentire al personale sanitario e amministrativo, svolgente le attività connesse a quelle di cura, di avere la storia clinica dell'interessato il più completa possibile in modo tale da offrire la prestazione sanitaria più adeguata;
- per la costituzione del Dossier Sanitario Elettronico;
- rendicontazione nei confronti degli enti ai quali la normativa riconosce poteri di monitoraggio e controllo nei confronti di Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus;
- ottemperare a specifiche richieste dell'Interessato.

2.1 Modalità di trattamento

Si informa che l'accesso al Dossier Sanitario Elettronico è protetto e riservato ai soggetti autorizzati. La protezione e la riservatezza dei dati è garantita da procedure di autenticazione dirette necessarie a rendere identificabile e tracciabile l'identità del personale di Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus che visiona la storia clinica dell'interessato conservata nel Dossier Sanitario Elettronico.

Si specifica che gli unici che possono accedere al suo Dossier Sanitario Elettronico sono il personale sanitario e amministrativo che svolge attività connesse a quelle di cura Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus. Il personale potrà accedere solo ai dati personali necessari per lo svolgimento delle proprie mansioni.

La visione del Dossier Sanitario Elettronico dell'interessato potrà essere concessa anche ai professionisti che svolge attività in libera professione intramuraria (c.d. intramoenia) o nell'erogazione di prestazioni al di fuori del normale orario di lavoro che utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche della struttura sanitaria a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa.

Si comunica all'interessato che il consenso per trattare i propri dati personali per la costituzione del Dossier Sanitario Elettronico è facoltativo. Il mancato conferimento del consenso non pregiudica per nessuna ragione la possibilità di accedere alle cure sanitarie richieste dall'Interessato.

Si comunica all'interessato che, qualora abbia prestato il proprio consenso al fine di costituire il Dossier Sanitario Elettronico, questo potrà essere visionato anche qualora ciò sia ritenuto indispensabile al fine di salvaguardare la salute di un terzo e/o della collettività.

Si comunica all'interessato che solo previo ulteriore consenso saranno riportare nel suo Dossier Sanitario Elettronico delle informazioni sanitarie riferibili alla sua storia clinica particolarmente delicati, quali:

- aver subito violenza sessuale;
- aver subito violenza sessuale in età infantile e/o adolescenziale;
- essere affetti da HIV;
- essere assuntore di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcoliche;
- essersi sottoposti ad interruzione volontaria della gravidanza;
- aver deciso di partorire in anonimato;
- aver usufruito di servizi offerti da consultori familiari.

3. Eventuali destinatari o eventuali categorie di destinatari dei dati personali (Art. 13.1, lett. e) Regolamento 679/2016/UE)

I dati personali dell'Interessato, nei casi in cui risultasse necessario, potranno essere comunicati (con tale termine intendendosi il darne conoscenza ad uno o più soggetti determinati):

- ai soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria, nonché di contrattazione collettiva (in particolar modo Regione Lombardia ed altri enti del sistema sanitario regionale e nazionale, secondo le prescrizioni del Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari approvato dalla giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia – Regolamento regionale 24 dicembre 2012 – n.3);
- ai soggetti ai quali la comunicazione dei dati personali risulti necessaria o comunque funzionale alla gestione prestazione richiesta nei modi e per le finalità sopra illustrate.

Si comunica che verrà richiesto specifico ed espresso consenso nell'eventualità in cui si verificasse la necessità di una comunicazione di dati a soggetti terzi non espressamente indicati. I dati personali relativi allo stato di salute, la vita sessuale, i dati genetici ed i dati biometrici non vengono in alcun caso diffusi (con tale termine intendendosi il darne conoscenza in qualunque modo ad una pluralità di soggetti indeterminati).

4. Criteri utilizzati al fine di determinare il periodo di conservazione (Art. 13.2, lett. a) Regolamento 679/2016/UE)

Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus dichiara che i dati personali dell'Interessato oggetto del trattamento saranno conservati per il periodo necessario a rispettare i termini di conservazione stabiliti nel Massimario di Scarto approvato dalla Regione Lombardia attualmente in vigore e ss.mm.ii. e comunque non superiori a quelli necessari per la gestione dei possibili ricorsi/contenziosi.

5. Diritti dell'interessato (Art. 13.2, lett. b) Regolamento 679/2016/UE)

Si comunica che, in qualsiasi momento, l'Interessato può esercitare:

- diritto di revocare, in qualsiasi momento, il consenso espresso, ex Art. 7, par. 3 Reg. 679/2016/UE (in caso di revoca del consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico non sarà più possibile prendere visione delle informazioni ivi presenti, fino a che non sia prestato nuovamente il consenso alla sua costituzione. Nel caso di esercizio di tale diritto di revoca le informazioni ivi presenti resteranno comunque a disposizione del personale sanitario che li ha prodotti per le finalità di cura, diagnosi e assistenza sanitaria e/o sociale e per la conservazione degli obblighi di legge, ma non saranno più visibili da parte del personale delle altre unità organizzative di Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus)
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 15 Reg. 679/2016, di poter accedere ai propri dati personali;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 16 Reg. 679/2016, di poter rettificare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare in caso di contenzioso giudiziario i professionisti sanitari che li hanno trattati;

- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 17 Reg. 679/2016, di poter cancellare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare in caso di contenzioso giudiziario i professionisti sanitari che li hanno trattati;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 18 Reg. 679/2016, di poter limitare il trattamento dei propri dati personali;
- diritto di opporsi al trattamento, ex Art. 21 Reg. 679/2016;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, solamente nei casi previsti all'art. 20 del reg. 679/2016, che venga compiuta la trasmissione dei propri dati personali ad altro operatore sanitario in formato leggibile;
- diritto di chiedere l'oscuramento (in qualsiasi momento, l'interessato avrà la possibilità di richiedere al Titolare del trattamento che determinati eventi clinici non siano più riportati all'interno del Dossier Sanitario Elettronico. L'esercizio di questo diritto non potrà assolutamente essere portato a conoscenza di chi è autorizzato ad accedere al Dossier Sanitario Elettronico in modo tale che non possa essere in grado di sapere se il Dossier Sanitario Elettronico ha subito delle modificazioni. L'esercizio di questo diritto potrà essere revocato nel tempo);
- diritto di visionare gli accessi (in qualsiasi momento, l'interessato avrà la possibilità di richiedere al Titolare del trattamento di venire a conoscenza degli accessi che si sono svolti sul proprio Dossier Sanitario Elettronico. All'interessato potrà essere indicata l'Unità Organizzativa o il nominativo del personale sanitario, con l'indicazione della data e dell'ora, in cui si è sviluppato l'accesso al Dossier Sanitario Elettronico. Il Titolare del trattamento ha l'obbligo di rispondere a tale richiesta dell'interessato nel tempo di 15 giorni dall'esercizio del diritto, sempre che il Titolare del trattamento non evidensi particolari difficoltà nel rispondere a questa richiesta e procrastini di ulteriori 15 giorni la risposta).

6. Diritto di presentare reclamo (Art. 13.2, lett. d) Regolamento 679/2016/UE)

Il soggetto Interessato ha sempre il diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali per l'esercizio dei suoi diritti o per qualsiasi altra questione relativa al trattamento dei suoi dati personali.

Presa visione dell'informativa

Con la presente il sottoscritto,

Cognome: _____

Nome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Recapiti telefonici: _____

Recapito mail: _____

in qualità di:

Tutore di Nome _____ Cognome _____

Curatore di Nome _____ Cognome _____

Prossimo congiunto di Nome _____ Cognome _____

Familiare (indicare il grado) di Nome _____ Cognome _____

Responsabile della struttura presso cui l'interessato dimora

dichiara

di aver ricevuto informazioni comprensibili ed esaurienti sul trattamento dei dati derivanti dall'utilizzo del Dossier Sanitario Elettronico e di aver letto e compreso l'informativa resa per iscritto.

Adesione al progetto regionale CRS-SISSL

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza del fatto che, con il consenso che presto a questa Fondazione, la stessa metterà a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che ricevo, per il loro eventuale utilizzo nel mio FSE. E' inoltre a conoscenza del fatto che, sia la comunicazione al mio medico di medicina generale dell'evento sanitario che mi sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio FSE, potranno aver luogo solamente qualora io abbia espresso il relativo specifico consenso.

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)

presta il consenso

nega il consenso

alla costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Modulo richiesta consensi

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)

presta il consenso

nega il consenso

alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico.

Nell'eventualità in cui l'interessato non dovesse prestare il proprio consenso esso non pregiudicherà per nessuna ragione la possibilità di accedere alle cure sanitarie richieste.

Luogo e data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)

presta il consenso

nega il consenso

all'inserimento nel proprio Dossier Sanitario Elettronico degli eventi clinici pregressi alla prestazione del consenso alla costituzione del dossier sanitario elettronico che si sono sviluppati presso il Titolare del trattamento di Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus

Luogo e data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)

presta il consenso

nega il consenso

all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico di informazioni sanitarie riferibili alla sua storia clinica particolarmente delicati, quali:

- aver subìto violenza sessuale;
- aver subìto violenza sessuale in età infantile e/o adolescenziale;
- essere affetti da HIV;
- essere assuntore di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcooliche;
- essersi sottoposti ad interruzione volontaria della gravidanza;
- aver deciso di partorire in anonimato;
- aver usufruito di servizi offerti da consultori familiari.

Nell'eventualità in cui l'interessato non dovesse prestare il proprio consenso esso non pregiudicherà la costituzione del Dossier Sanitario Elettronico e la possibilità di accedere alle cure sanitarie richieste.

Luogo e data _____

Firma _____