



*Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS*

via Paravicini, 16 - 23017 Morbegno (So) - Codice Fiscale e Partita IVA 00539680140

telefono: 0342 604011 - fax: 0342 604030 - email: info@casadiriposomorbegno.it

# DOMANDA DI AMMISSIONE AL CENTRO DIURNO INTEGRATO "Ruggero Dell'Oca"

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia



**Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS**

via Paravicini, 16 - 23017 Morbegno (So) - Codice Fiscale e Partita IVA 00539680140

telefono: 0342 604011 - fax: 0342 604030 - email: info@casadiriposomorbegno.it

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

Specificare eventuale domicilio se diverso dalla residenza:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Familiare di riferimento Sig. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

1. di essere ammesso presso il Centro Diurno Integrato "Ruggero Dell'Oca" di Morbegno
2. di fruire del servizio per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
3. Accesso al servizio (minimo 5 ore al giorno)
  - lunedì ▪ martedì ▪ mercoledì ▪ giovedì ▪ venerdì ▪ sabato
  - settimana dal lunedì al venerdì ▪ per l'intera settimana (dal lunedì alla sabato)

Eventuali altre modalità di fruizione del servizio (specificare):

Per accedere al Centro diurno verrà utilizzato:

- mezzo proprio accompagnato dai familiari:  
entrata alle ore ..... uscita alle ore .....
- servizio di trasporto a cura della Casa di Riposo (**a pagamento**)
- altra modalità



**Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS**

via Paravicini, 16 - 23017 Morbegno (So) - Codice Fiscale e Partita IVA 00539680140

telefono: 0342 604011 - fax: 0342 604030 - email: info@casadiriposomorbegno.it

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

1. relazione sociale redatta da Servizio Fragilità A.S.S.T. (POT-Morbegno 0342-607338 0342-607340)
2. relazione del medico curante (modulo allegato)
3. fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale
4. fotocopia tessera sanitaria ed esenzione ticket

**In caso di ingresso SI IMPEGNA:**

- a presentare la prescrizione delle terapie.
- ad effettuare il versamento della retta, entro dieci giorni del mese successivo, sul c/c di tesoreria della Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini Onlus presso la Banca Credito Valtellinese (Codice IBAN IT70 L 05516 52230 000000009071) a seguito del ricevimento della nota mensile.

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

PER IL RICHIEDENTE  
(il familiare)

\_\_\_\_\_

**N.B. L'AMMINISTRAZIONE DELLA FONDAZIONE, ESAMINATE LE DOMANDE,  
REDIGERÀ LA GRADUATORIA DELLE AMMISSIONI.**

**L'AMMINISTRAZIONE SI RISERVA INOLTRE L'ACCOGLIMENTO URGENTE  
DI PERSONE CON PARTICOLARI NECESSITÀ.**



## **Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS**

via Paravicini, 16 - 23017 Morbegno (So) - Codice Fiscale e Partita IVA 00539680140

telefono: 0342 604011 - fax: 0342 604030 - email: info@casadiriposomorbegno.it

### **INFORMATIVA ALL'UTENZA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Si informa che, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del **Regolamento Europeo Privacy EU/2016/679**, per poter accettare la domanda di ricovero e dar corso all'assistenza la Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini – Onlus, con sede in via Paravicini n.16, Morbegno (So) nella persona del Presidente e Legale Rappresentante “pro tempore”, necessita di conoscere i dati personali e sulla salute del ricoverato e i dati personali riguardante i familiari o persone cui fare riferimento per la tutela del ricoverato stesso.

**La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria**, ma ricordiamo che l'ente non può prescindere, nell'espletamento dei suoi compiti di tutela sanitaria e nell'esecuzione delle procedure amministrative, dall'acquisire direttamente da Lei o tramite altra documentazione medica in Suo possesso o tramite accertamenti o visite sanitarie, tutti i dati relativi alla persona del ricoverato, ritenuti utili ai fini clinici. **Pertanto, in mancanza del conferimento di dati, l'Ente non può accogliere la richiesta di prestazione dei servizi.**

I dati necessari e sufficienti all'assistenza dell'Ospite saranno comunicati all'interno dell'Ente a tutto il personale incaricato.

#### **SCOPI DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMI INTERESSI PERSEGUITI**

- a) attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresi servizi diagnostici, programmi terapeutici e qualsiasi altro servizio socio sanitario erogato;
- b) attività amministrative, organizzative e di gestione dei servizi forniti agli interessati;
- c) attività di certificazione, denuncia, referto, prescrizione, compilazione della documentazione clinica e dei registri;
- d) attività di recupero crediti, di verifica della esenzione dal pagamento della retta e di controllo della congruità delle prestazioni erogate;
- e) attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza socio sanitaria, anche ai fini della trasmissione elettronica o comunicazione dei dati agli enti istituzionali competenti, nei limiti di quanto previsto da norme e regolamenti europei, statali e regionali vigenti;
- f) attività legate alla fornitura di altri beni o servizi all'utente attraverso una rete di comunicazione elettronica, per la salvaguardia della salute (es. fornitura di ausili, protesi e gestione della cronicità), anche attraverso sistemi di teleassistenza e telemedicina a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- g) attività finalizzate a promuovere e pubblicizzare l'attività dell'ente quali, a titolo esemplificativo, la pubblicazione di immagini di vita quotidiana all'interno della struttura sul sito internet dell'ente, profili di social network o sul giornalino interno.

#### **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

Il responsabile della protezione dei dati è il Direttore della Fondazione i cui recapiti sono:

Mail: info@casadiriposomorbegno.it; Tel: 0342/604011.

#### **MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il trattamento dei dati avverrà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici.

La protezione dei dati è garantita dall'adozione di misure di sicurezza finalizzate a consentire l'accesso e l'utilizzo dei dati ai soli operatori autorizzati al fine di garantire l'assistenza sociosanitaria tipica del CDI ovvero per svolgere le attività amministrative correlate agli scopi di tutela della salute previsti dalla normativa regionale di settore. Il trattamento dei dati avviene garantendo i requisiti di sicurezza previsti per legge e previa adozione di misure e di accorgimenti che favoriscono la protezione continua e il costante miglioramento.

Il trattamento dei dati può avvenire anche mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE), per il cui utilizzo sarà eventualmente richiesta una manifestazione espressa e specifica di consenso da parte dell'interessato.

#### **DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I DATI PERSONALI POSSONO ESSERE COMUNICATI**

I suoi dati personali possono essere comunicati all'interno dell'Ente, mentre all'esterno dell'Ente potranno essere comunicati al gestore del servizio di cassa per provvedere alla riscossione delle rette di ricovero, Assicurazioni ed Enti previdenziali per ragioni amministrative, servizio anagrafe dei comuni di residenza e del Comune di Morbegno, organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti, altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi, agli organi di controllo (ATS e Regione Lombardia, Agenzia delle Entrate per il 730 precompilato, ISTAT ed Enti di ricerca scientifica in campo statistico, epidemiologico, biomedico, clinico in modo aggregato e anonimo).



## **Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS**

via Paravicini, 16 - 23017 Morbegno (So) - Codice Fiscale e Partita IVA 00539680140

telefono: 0342 604011 - fax: 0342 604030 - email: info@casadiriposomorbegno.it

### **PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI O CRITERI UTILIZZATI PER DETERMINARE TALE PERIODO**

La conservazione dei dati sanitari è sottoposta alle leggi dello Stato in materia. Allo stato attuale la conservazione è illimitata.

I dati di diversa natura, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati.

### **ESISTENZA DEI DIRITTI DI ACCESSO, RETTIFICA, CANCELLAZIONE, LIMITAZIONE, OPPOSIZIONE E PORTABILITÀ**

L'interessato può accedere in qualsiasi momento ai suoi dati, chiederne la rettifica qualora non corretti, richiedere la cancellazione di dati sovrabbondanti ma non di quelli richiesti per Legge alla Fondazione, può limitare l'accesso dei dati ad alcune figure se questo non ha ricadute sulle sue cure, non può opporsi al trattamento perché i dati sanitari acquisiti hanno conservazione illimitata. La portabilità dei dati non è possibile per lo stesso motivo. L'interessato può invece richiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.

### **ESISTENZA DEL DIRITTO DI REVOCARE IL CONSENSO IN QUALSIASI MOMENTO**

L'interessato può revocare il consenso in qualsiasi momento, assumendosene le ricadute (dimissione), fermo restando l'obbligo per la Fondazione di continuare a detenere illimitatamente i dati sanitari a norma di Legge, anche per futuri controlli degli organi preposti. A tal fine i documenti informatizzati originali e firmati digitalmente sono archiviati a norma di legge.

### **DIRITTO DI POTER PROPORRE RECLAMO A UN'AUTORITÀ DI CONTROLLO PRIVACY NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO**

Il conferimento dei dati si rende necessario e obbligatorio data la natura del rapporto di cura che si instaura fra interessato e la Fondazione.

### **CONSEGUENZE DI UN EVENTUALE RIFIUTO A RISPONDERE**

Se l'interessato si rifiuta di fornire i dati richiesti prima del ricovero, questo non potrà avvenire, mentre se il rifiuto viene manifestato a ricovero effettuato, il rapporto dovrà necessariamente terminare.

### **ESISTENZA DI ATTIVITÀ DI PROFILAZIONE O DI PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI, LOGICA UTILIZZATA E CONSEGUENZE PER L'INTERESSATO**

Le attività di profilazione sull'utente sono disposte dalla Regione Lombardia per inquadrare la tariffa sanitaria da riconoscere alla Fondazione.



**Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS**

via Paravicini, 16 - 23017 Morbegno (So) - Codice Fiscale e Partita IVA 00539680140

telefono: 0342 604011 - fax: 0342 604030 - email: info@casadiriposomorbegno.it

Ai sensi del **Regolamento Europeo Privacy EU/2016/679**, che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere di seguito la sua volontà.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**oppure**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di:

Figlio/a  Coniuge  Altro parente: \_\_\_\_\_

Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno  Altro \_\_\_\_\_

del/la Sig./ra \_\_\_\_\_

**riconosce** che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornire una informativa diretta;

- **dichiara di** aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili della persona ricoverata e dei suoi familiari e/o tutore o curatore;
- **acconsente** che possa essere data informazione della presenza dell'interessato presso questa struttura a:
  - solo a organismi pubblici relativamente all'espletamento di pratiche istituzionali;
  - a tutti coloro che lo richiedano.

Esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE) per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, che dichiara di averne compreso il contenuto.

In fede.

**Data** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma)

Si informa, inoltre, che nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Ente potranno essere utilizzati alcuni dati personali dell'ospite con le seguenti modalità:

- utilizzo del **nome e del cognome** per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (es: porta, letto, armadio, suppellettili, etc) che risulteranno quindi visibili a terzi ospiti e visitatori;
- utilizzo di **immagini fotografiche** che potranno essere utilizzate per finalità ricreative all'interno della struttura;
- utilizzo di immagini fotografiche che potranno essere utilizzate per la redazione di **pubblicazioni diffuse** su carta stampata e sul sito internet dell'ente;
- utilizzo di sistema di videosorveglianza diurna e notturna degli Ospiti con la finalità di semplice controllo degli eventi. Tali registrazioni vengono conservate per un periodo limitato e poi eliminate.

Il sottoscritto, in qualità di persona responsabile del soggetto interessato e sopra identificato, esprime quindi esplicito consenso per il trattamento dei dati suddetti.

**Data** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma)

Sig/ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

### VALUTAZIONE MEDICA scala CIRS

1. **ASSENTE** : nessuna compromissione di organo/sistema
2. **LIEVE**: la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
3. **MODERATO** : la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività. Il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. colelitiasi, diabete, fratture)
4. **GRAVE** : la compromissione d'organo/sistema produce disabilità. Il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
5. **MOLTO GRAVE** : la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza. Il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia).

1	<b>Patologie cardiache - solo cuore</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
2	<b>Ipertensione - si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
3	<b>Patologie vascolari - sangue, vasi, midollo, sistema linfatico</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
4	<b>Patologie respiratorie - polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
5	<b>O.O.N.G.L. - occhio, orecchio, naso, gola, laringe</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
6	<b>Apparato G.I. superiore - esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
7	<b>Apparato G.I. inferiore - intestino, ernie</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
8	<b>Patologie epatiche - solo fegato</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
9	<b>Patologie renali - solo rene</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
10	<b>Altre patologie genito-urinarie - ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
11	<b>Sistema muscolo scheletrico – cute - muscoli, scheletro, tegumenti</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
12	<b>Patologie sistema nervoso centrale e periferico - non include la demenza</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
13	<b>Patologie endocrine – metaboliche - include diabete, infezioni, stati tossici</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
14	<b>Patologie psichiatriche – comportamentali - demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5

**DIAGNOSI e BREVE VALUTAZIONE SANITARIA:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**TERAPIE IN ATTO :**  
.....  
.....  
.....

**VALUTAZIONE NECESSITA' ASSISTENZIALI**

**TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA**

1. Incapace di collaborare al trasferimento. Sono necessari due assistenti per trasferire il paziente con o senza l'uso del sollevatore
2. In grado di collaborare ma è richiesta un notevole grado di assistenza da parte di un operatore in tutte le fasi del trasferimento
3. Il trasferimento richiede assistenza da parte di un operatore. L'assistenza può essere richiesta per alcuni aspetti del trasferimento
4. E'richiesta la presenza di un'altra persona sia per infondere fiducia che per assicurare supervisione e sicurezza
5. Il paziente è in grado, senza correre pericoli,di accostare il letto manovrando una carrozzina,bloccarne i freni,sollevarre le pedane poggiapiedi,salire sul letto,coricarvisi,passare alla posizione seduta sul bordo del letto, spostare la sedia a rotelle, risedercisi sopra. Si richiede autonomia in tutte le fasi del trasferimento.

**DEAMBULAZIONE**

1. Dipendente rispetto alla deambulazione
2. Durante la deambulazione è indispensabile la presenza costante di una o più persone
3. E' necessario aiuto per raggiungere e/o manovrare gli ausili. L'assistenza viene fornita da una persona
4. Il paziente è autonomo nella deambulazione, ma non riesce a percorrere 50 metri senza ricorrere ad aiuto, o altrimenti risulta necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
5. Qualora necessario il paziente deve essere in grado di indossare dei corsetti,allacciarli e slacciarli,assumere la posizione eretta,sedersi e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve essere in grado di adoperare stampelle, bastone o un deambulatore, e percorrere 50 m.. senza aiuto o supervisione

**LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE (solo se incapace di camminare)**

1. Dipendente per la locomozione in carrozzina
2. Il paziente può avanzare per proprio conto per brevi tratti, su superficie piana;riguardo tutti gli altri aspetti della locomozione in carrozzina necessita di aiuto e assistenza
3. E' indispensabile la presenza di una persona,ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
4. Il paziente riesce a spingersi per durate ragionevoli su terreni di più consueta percorrenza. E' tuttavia ancora necessario aiutarlo limitatamente agli spazi più angusti
5. Per essere giudicato autonomo il paziente deve essere capace di girare attorno agli spigoli e su stesso con la sedia a rotelle,di accostarla al tavolo,al letto,al wc ecc.Il paziente deve riuscire a percorrere almeno 50 m.

**IGIENE PERSONALE**

1. Il paziente non può provvedere all'igiene personale ed è dipendente in tutte le funzioni
2. L'assistenza è richiesta per tutti i punti dell'igiene personale
3. Una certa assistenza è richiesta per uno o più punti dell'igiene personale
4. Il paziente può provvedere alla sua igiene personale, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo le operazioni.
5. Il paziente può lavarsi le mani e la faccia, pettinarsi,lavarsi i denti e radersi. Un paziente maschio può usare qualsiasi genere di rasoio,inserire la lametta,o la spina del rasoio elettrico senza aiuto,così come prenderlo dal cassetto o dall'armadio. Una paziente femmina deve essere in grado di truccarsi ( se si trucca abitualmente);non è richiesto che sappia fare la treccia o acconciarsi i capelli



## ALIMENTAZIONE

1. Completamente dipendente
2. Può maneggiare una posata, solitamente un cucchiaino, ma qualcuno deve fornire assistenza durante i pasti
3. Il paziente riesce ad alimentarsi sotto supervisione. E' richiesta assistenza per operazioni quali mettere il latte e lo zucchero nel the, aggiungendo il sale ed il pepe, spalmare il burro, girando un piatto o altre attività di "messa a punto"
4. Indipendente nell'alimentazione ( con il vassoio preparato). Può essere richiesta assistenza per tagliare la carne, aprire il cartone del latte, il coperchio del vaso ecc. La presenza di un'altra persona non è richiesta
5. Il paziente può alimentarsi da solo dal vassoio o dal tavolo se qualcuno mette l'alimento in modo da poter essere raggiunto. Il paziente deve poter utilizzare un dispositivo se necessario, tagliare l'alimento, usare sale e pepe se lo desidera, spalmare il burro ecc.

## VALUTAZIONE COGNITIVA:

### SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire

	SI	NO
1) Che giorno è oggi? (giorno, mese, anno)	0	1
2) Che giorno è della settimana ?	0	1
3) Qual è il nome di questo posto ?	0	1
4) Qual è il suo numero di telefono ? (o indirizzo)	0	1
5) Quanti anni ha ?	0	1
6) Quando è nato?	0	1
7) Chi è l'attuale Papa (o Presidente della Repubblica) ?	0	1
8) Chi era il precedentemente Papa (o Presidente) ?	0	1
9) Qual'era il cognome di sua madre da ragazza ?	0	1
10) Faccia "20 meno 3" e ancora meno 3 fino a 2	0	1

NUMERO DI ERRORI : \_\_\_\_\_

*E' consentito un errore in più in caso di istruzione inferiore*

*E' consentito un errore in meno in caso di istruzione superiore*

0-2 errori : assenza di deterioramento

3-4 errori : deterioramento lieve

5-7 errori : deterioramento medio

8-10 errori : deterioramento grave

Livello di istruzione :

: analfabeta

: scuola dell'obbligo

: scuola superiore

## VALUTAZIONE COMPORTAMENTO (GBS parziale) :

### CONFUSIONE

1. E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata
2. E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe
3. Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4. E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente

### IRRITABILITÀ

1. Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
2. Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
3. Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
4. Non mostra segni di irritabilità, è calmo

**IRREQUIETEZZA**

1. Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2. Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano
3. Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
4. Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

**PER EVENTUALE INSERIMENTO IN NUCLEO ALZHEIMER**

- Presenza di :  deliri/allucinazioni
- agitazione/ aggressività
- wandering/affaccendamento
- disinibizione/esaltazione/euforia

**ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO:**

Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Malattie Infettive	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Malattia progressiva S.N.C.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Accidenti cerebrali	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> recenti	<input type="checkbox"/> pregressi		
Esiti :	<input type="checkbox"/> afasia	<input type="checkbox"/> emiparesi	<input type="checkbox"/> paraparesi	<input type="checkbox"/> disfasia	<input type="checkbox"/> tetraparesi
	<input type="checkbox"/> altro .....				
Trauma/intervento chirurgico:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Se si	<input type="checkbox"/> frattura femore	<input type="checkbox"/> altre fratture			
	<input type="checkbox"/> protesi anca	<input type="checkbox"/> altri interventi chirurgici :			
.....					
Lesioni da decubito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			

**AUSILI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI**

Ossigeno	<input type="checkbox"/> 6 ore/die	<input type="checkbox"/> continuato
Ventilatore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PEG/SNG	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

data \_\_\_\_\_

timbro e firma del medico \_\_\_\_\_