

## DOMANDA DI INGRESSO AL CENTRO DI INFORMAZIONE E SOLLIEVO PER PERSONE AFFETTE DA ALZHEIMER E DEMENZE

La Cooperativa Progetto Uomo, grazie al contributo della Fondazione di Sardegna, intende aprire a Nuoro un Centro di Informazione e Sollievo per persone affette da Alzheimer e Demenze.

Il presente plico contiene la modulistica che deve essere compilata, datata, sottoscritta e inviata alla **Cooperativa Progetto Uomo sita in via Trieste n. 81 08100 Nuoro, fino ad esaurimento dei posti disponibili (12).**

Si raccomanda la scrupolosa indicazione di tutti i dati richiesti dalla modulistica; l'omissione, o la non veridicità, di taluni dati potrà essere causa di cancellazione della domanda dalla graduatoria. Si specifica che il requisito fondamentale richiesto per l'inserimento c/o il Centro di Formazione e Sollievo è una **diagnosi di demenza di grado medio**.

**La domanda è composta da tre parti fondamentali che dovranno essere tutte compilate e riconsegnate:**

1. Il modulo denominato **“Domanda di ingresso”** (composto da n. 2 fogli) nel quale si dovranno indicare sia i dati dell' **“interessato”** (l'anziano per il quale si chiede l'inserimento nel Centro di Informazione e Sollievo), sia i dati del **“familiare”** che – unitamente all'interessato – formula la domanda di ingresso. Si precisa che – in caso di frequenza nel centro sollievo dell'anziano - il familiare che ha firmato la domanda si impegnerà –unitamente all'interessato – al pagamento della **quota mensile di 50 euro**, per spese generali e coperture assicurative, e alla presentazione della richiesta di accesso al Servizio Trasporto per Disabili del Comune di Nuoro (non sarà possibile accompagnare, con i pulmini della Cooperativa Progetto Uomo, persone sprovviste dell'autorizzazione necessaria).
2. Il modulo denominato **“Scheda di valutazione sociale”** (**Allegato A**, composto da n. 2 fogli) dovrà essere compilato e firmato dal familiare che presenta la domanda.
3. Il modulo denominato **“Scheda sanitaria”** (**Allegato B**, composto da n. 3 fogli) che dovrà essere compilato, timbrato e firmato dal Medico di Famiglia dell'interessato, oppure dal Medico del Reparto Ospedaliero che ha fatto la diagnosi.

Distinti Saluti

LA PRESIDENTE  
Dott.ssa Rosaria Guiso

## DOMANDA DI INGRESSO

### Dati dell'interessato:

Cognome ..... Nome .....

Sesso F M Stato civile ..... Data di nascita .....

Luogo di nascita  
.....

Residenza in Via ..... n. .... Comune .....

Prov. .... C.A.P. .... Recapiti telefonici .....

Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) .....

Codice fiscale .....

### CHIEDE DI ESSERE INSERITO NEL

*Centro di Informazione e Sollievo per persone affette da Alzheimer e Demenze*

### Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela .....

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Residenza in Via ..... n. .... Comune .....

Prov. .... C.A.P. .... Recapiti telefonici .....

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso?

Sì  No

Se no, perché .....



Comune di Nuoro

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Assistenza Primaria (medico di famiglia):

.....

**Sono parte integrante della presente domanda:**

**1. la Scheda Sociale (All. A)**

**2. la Scheda Sanitaria (All. B)**

▪ Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

Addi,.....

Firma dell'interessato

**N.B.: Per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione (art.24 D.lgs 196/2003), si richiede al compilatore di integrare di seguito:**

Cognome e nome del compilatore della domanda .....

Addi,.....

Firma del familiare

### **Informativa ai sensi del D.lgs. 196/2003:**

**I dati da Lei forniti - anche di natura sensibile - saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso nella nostra Struttura; il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è la "Cooperativa Sociale Progetto Uomo O.N.L.U.S" e il nome della Responsabile è Francesca Puggioni. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs 196/2003.**

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

Firma dell'interessato

.....

Firma del familiare



## SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE

(Allegato "A" alla domanda di ingresso)

NOME .....

COGNOME .....

Scheda compilata dal Sig./Sig.ra (se familiare) .....

Titolo di studio dell'interessato .....

Attività lavorativa pregressa .....

Interessi/Hobby  
.....

### INIZIATIVA DELLA DOMANDA

- utente stesso
- familiari
- medico di assistenza primaria
- assistente sociale

### USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- ADI
- SAD/L.162/98 o altri servizi (specificare quale.....)
- Assistente familiare
- . Servizio trasporto disabili comunale
- Altro

### INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

attualmente la persona vive:

- sola/o
- in altra struttura
- altro

### L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di Sostegno

- Ha in corso la pratica per la nomina di .....

## COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

NOME E COGNOME	GRADO DI PARENTELA	ETA'	RESIDENZA

## PARENTI REFERENTI

NOME E COGNOME	GRADO DI PARENTELA	ETA'	RECAPITO TEL.

## ALTRI FAMILIARI

.....  
.....

## COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- Zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)  
 Zona decentrata (abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)  
 Centro abitato

Il sottoscritto.....in qualità di.....dichiara che  
il/la Sig./ra ..... non è nelle condizioni  
psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Data, ..... firma .....

## SCHEDA SANITARIA (Allegato "B" alla domanda di ingresso)



Comune di Nuoro

**NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO:** \_\_\_\_\_

**ANAMNESI:**.....

**Diagnosi Demenza**.....

**Indicare il grado della demenza**.....

**Deambulazione**

- 1 Dipendenza rispetto alla locomozione
  - 2 Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
  - 3 Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
  - 4 Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
  - 5 Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego.
- Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorre 50 metri senza aiuto o supervisione.

**Locomozione su sedia a rotelle**

- 1 Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- 2 Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- 3 Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- 4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficili
- 5 Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

**Igiene personale**

- 1 Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
- 2 E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
- 3 E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
- 4 E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
- 5 Totale indipendenza

**Alimentazione**

Ha intolleranze alimentari? Si.... No....

Se si, quali? \_\_\_\_\_

- 1 Paziente totalmente dipendente, va imboccato.
- 2 Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- 3 Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,
- 4 Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
- 5 Totale indipendenza nel mangiare.

**Confusione-(stato mentale)**

- 1 Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
- 2 E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe



Sede legale e uffici: Via Trieste n.81 08100 Nuoro – Tel 078430343 Fax 07843801  
www.progettouomonuoro.org mail [cooprogettouomo@tiscali.it](mailto:cooprogettouomo@tiscali.it)  
P. IVA 00753230911 - Iscrizione Albo Cooperative n°A159797



- 3 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- 4 E' perfettamente lucido

### **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 ed è calmo

### **Irrequietezza (stato Comportamentale)**

- 1 Cammina avanti e indietro incessantemente ed 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, toccando in continuazione vari oggetti.
- 3 Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
- 4 Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

### **Reattività emotiva:**

- 1 Collaborante
- 2 E' estraniato dal mondo circostante
- 3 Depressione
- 4 Stato ansioso
- 5 Agitazione con spunti aggressivi

### **Incontinenza**

#### **URINARIA**

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale
- d) catetere a permanenza

#### **FECAL**

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale

### **Lesioni da decubito:**

- a) assente
- b) iniziali
- c) gravi
- d) multiple

### **Peso Kg**



Comune di Nuoro

\_\_\_\_\_

**E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità?**

Si.....

No.....

**Se si specificare quali** \_\_\_\_\_

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

**Timbro e firma del Medico di Famiglia o di reparto**

\_\_\_\_\_

**Si autorizza la fotografia e/o la ripresa del sottoscritto (o di un suo rappresentante), effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dal Centro Sollievo**

**Si**       **No**

firma

**Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto (o di un suo rappresentante) sul sito web e sulla pagina Facebook del Centro Sollievo**

**Si**       **No**

firma



Sede legale e uffici: Via Trieste n.81 08100 Nuoro – Tel 078430343 Fax 07843801  
www.progettouomonuoro.org mail [cooprogettouomo@tiscali.it](mailto:cooprogettouomo@tiscali.it)  
P. IVA 00753230911 - Iscrizione Albo Cooperative n°A159797

