

Promemoria **ACCOGLIENZA**

L'accoglienza si svolge **dal lunedì al venerdì, dalle ore 10 alle ore 12** da concordare con l'Ufficio Accoglienza

Documentazione necessaria in Ingresso

- Documenti riconoscimento - Carta Identità della Persona accolta e del Garante
- Codice Fiscale del Garante
- Tessera Sanitaria cartacea e magnetica della Persona accolta
- Documenti ausili
- Documento o tesserino esenzione ticket per patologia
- Invalidità Civile/ Domanda di invalidità / Verbale di Invalidità
- Lettera di dimissione ospedaliera
- Referti recenti
- Certificato vaccinale

Ausili

Se in possesso di ausili vari (carrozzina, deambulatore, materasso/cuscino antidecubito, ...) si consiglia di portarli.

Corredo

Si suggerisce che la Persona accolta sia dotata di:

CASA DI RIPOSO

- magliette intime/canottiere
- pigiama o camice da notte
- calze larghe alla caviglia
- scarpe comode chiuse con strappi
- abbigliamento comodo da indossare durante il giorno (tipo tuta di cotone)
- cappotto per la stagione fredda
- beauty case personale con dentifricio e spazzolino, contenitore per protesi, pastiglie per protesi e pasta protesi dentaria; pettine o spazzola in plastica; no forbicine, cotton fioc e oggetti taglienti.

CASA SAN MASSIMO

- magliette intime/canottiere
- pigiama o camice da notte
- calze larghe alla caviglia
- scarpe comode chiuse con strappi
- abbigliamento comodo da indossare durante il giorno (tipo tuta di cotone)
- cappotto per la stagione fredda
- beauty case personale con dentifricio e spazzolino, contenitore per protesi, pastiglie per protesi e pasta protesi dentaria; pettine o spazzola in plastica; no forbicine, cotton fioc e oggetti taglienti.

CENTRO DIURNO

- 2 cambi biancheria intima
- 2 paia di calze
- 1 paio di pantofole
- 1 cambio di abiti di stagione
- 1 cambio di abiti di stagione quando previsto il bagno settimanale
- beauty case personale

Ogni capo e oggetto del beauty-case va identificato con il nome e cognome al fine di prevenire smarrimenti. La Direzione non risponde in caso di perdita di beni personali non correttamente identificati (vedi Regolamento - § 2).

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO OSPITE

Il sottoscritto _____

parente nel ruolo di _____

Residente a _____

in via _____ n. _____

C.A.P. _____ Tel. _____ / _____

E-mail _____

richiede l'inserimento presso il Centro Servizi "CITTA' DI VERONA"

per il proprio familiare o, in caso di tutore, per il proprio tutelato:

Sig./ra _____

Nato/a a: _____ il _____

Residente a: _____

Verona lì, _____

Firma del richiedente

Gent.mo Medico Curante,
per permetterci di offrire la migliore assistenza, Le saremmo grati se potesse trasmetterci le informazioni che seguono riguardante il Suo assistito, futuro ospite del Centro Servizi.
RingraziandoLa per la gentile collaborazione, Le porgiamo cordiali saluti

Rossella Salbego - Ufficio Accoglienza

Questionario Medico di sig./ra _____

NATO/A _____ IL ____/____/____

Compilato dal dott./dott.ssa _____ nr tel./cell. _____

e-mail _____

con Ambulatorio sito in via _____ nr tel. _____

nei seguenti giorni e orari _____

| CIRS – CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE | 1 assente | 2 lieve | 3 moderato | 4 grave | 5 molto grave |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| PATOLOGIE CARDIACHE | <input type="checkbox"/> |
| IPERTENSIONE ARTERIOSA | <input type="checkbox"/> |
| PATOLOGIE VASCOLARI | <input type="checkbox"/> |
| PATOLOGIE RESPIRATORIE | <input type="checkbox"/> |
| PATOLOGIE: VISTA, UDITO, NASO, GOLA, LARINGE | <input type="checkbox"/> |
| PATOLOGIE APPARATO GASTROENTERICO SUPERIORE | <input type="checkbox"/> |
| PATOLOGIE APPARATO GASTROENTERICO INFERIORE | <input type="checkbox"/> |
| PATOLOGIE EPATICHE | <input type="checkbox"/> |
| PATOLOGIE RENALI | <input type="checkbox"/> |
| ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE | <input type="checkbox"/> |
| PATOLOGIE SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E CUTE | <input type="checkbox"/> |
| PATOLOGIE NEUROLOGICHE CENTRALI E PERIFERICHE (ESCLUSE DEMENZE) | <input type="checkbox"/> |
| PATOLOGIE ENDOCRINO-METABOLICHE (INCLUSO DIABETE, INFEZIONI, SEPSI E STATI TOSSICI) | <input type="checkbox"/> |
| PATOLOGIE PSICHIATRICO – COMPORTAMENTALI (INCLUSE LE DEMENZE) | <input type="checkbox"/> |

DIAGNOSI: _____

VACCINAZIONE SARS-COV2 DATA ULTIMA DOSE _____ DATA SOLO 1^a DOSE _____

GUARITO/A DA SARS-COV2 DAL _____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO per Ospiti del Centro Diurno
 indicare SOLO farmaci assunti dalle ore 10 alle ore 16

| FARMACO | DOSE | ORARI |
|---------|------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

COGNITIVITÀ E COMPORTAMENTO

CONFUSIONE

- completamente confuso, la personalità è destrutturata
- presenta episodi confusionali
- è orientato nello spazio e tempo ma appare dubbioso
- è lucido e orientato

IRREQUIETEZZA

- deambula costantemente senza fermarsi
- appare irrequieto non riuscendo a mantenere la posizione seduta e si alza durante la conversazione
- risulta sporadicamente irrequieto
- non mostra irrequietezza

IRRITABILITA'

- qualsiasi situazione può scatenare irritabilità (episodi di agitazione psicomotoria)
- stimoli esterni che non dovrebbero essere provocatori producono spesso irritabilità
- mostra ogni tanto irritabilità
- è calmo

NECESSITA DI AUSILI NO SI

- CARROZZINA
- DEAMBULATORE
- MATERASSO ANTIDECUBITO
- ALTRO

NECESSITÀ DI PRESIDIO DI PROTEZIONE

- NO
- SI

FASCIA ADDOMINALE PER POSIZIONE DA SEDUTA

FASCIA PELVICA PER POSIZIONE DA SEDUTA

DIVARICATORE INGUINALE

TAVOLINO PER CARROZZINA

MANOPOLE

SPONDINE AL LETTO

TUTONE

CONSISTENZA DIETA

- LIBERA/SOLIDA
- MORBIDA
- FRULLATA

LIQUIDI

- LIBERI
- ADDENSATI

Data _____

Medico Curante (Timbro e Firma) _____