



**CONDIZIONI PER L'ACCOGLIENZA  
PRESSO IL CENTRO DIURNO INTEGRATO**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Cognome dell'Utente

Nome dell'Utente

Data di Nascita

Stim. Ospite/Familiare,

la Direzione La invita a leggere attentamente ed a sottoscrivere le clausole qui di seguito riportate, nonché a compilare, in ogni sua parte, la domanda di accoglienza e gli allegati.

La informiamo altresì che ulteriori notizie Le potrà trovare richiedendo, gratuitamente, la Carta dei Servizi.

**1. NORME SANITARIE E GESTIONE TERAPIA**

- La frequenza al C.D.I. non modifica il ruolo del Medico Curante (Medico di Famiglia) al quale la famiglia o l'Utente devono sempre rivolgersi per i consigli terapeutici.
- Il Medico Curante è responsabile dei farmaci assunti da ogni Utente e pertanto ogni variazione della terapia in corso, così come ogni nuova terapia, anche se da effettuare per un periodo di tempo limitato, deve essere prescritta dal Medico Curante stesso e deve essere fatta pervenire tempestivamente. E' inoltre necessario precisare a che ora deve essere assunto ogni singolo farmaco.
- Non saranno accettate variazioni di terapia comunicate telefonicamente, verbalmente o scritte dai familiari.
- I rapporti con il Medico Curante devono essere mantenuti dai familiari degli Utenti e non delegati alle figure professionali operanti presso il C.D.I.
- Quando gli Infermieri Professionali segnalano che i farmaci assunti dagli Utenti stanno terminando, questi devono essere inviati con la massima sollecitudine ed in confezione integra (una scatola intera e non qualche compressa).
- La Direzione Sanitaria declina ogni responsabilità se non possono essere somministrati i farmaci perché mancanti.

**2. REGOLE PER LA FREQUENZA PRESSO IL CENTRO DIURNO INTEGRATO**

- L'orario di apertura del C.D.I. è fissato alle ore 7.15, quello di chiusura alle ore 19.30. Il C.D.I. è aperto dal lunedì al sabato.
- I familiari del anziani che frequentano il C.D.I. dovranno consegnare, nel giorno di ingresso, una congrua dotazione di cambi di biancheria e di vestiario.
- Nel caso in cui l'anziano necessiti, nel corso della giornata, dell'ausilio di pannoloni, i famigliari dovranno consegnare al C.D.I. la scorta necessaria per coprire il fabbisogno.

- Gli Utenti dovranno giungere al C.D.I. preferibilmente senza indossare oggetti di valore e senza portare con sé ingenti somme di denaro. La Fondazione, in ogni caso, non assume responsabilità per eventuali furti o smarrimenti.
- Al fine di consentire la programmazione delle attività del C.D.I. gli Utenti/Familiari dovranno preventivamente concordare le giornate che intenderanno frequentare nell'arco della settimana (minimo 3 giorni di frequenza).
- Gli Utenti che avranno necessità di assentarsi dal C.D.I. per indisposizione, aggravamento o al fine di seguire particolari cicli di cura/riabilitazione dovranno tempestivamente avvisare l'Infermiera Professionale circa la sospensione della frequenza, dandone motivazione.

### 3. RETTA

L'Utente/Familiare è tenuto a pagare, entro il giorno 10 di ogni mese, le rette giornaliere relative al mese precedente. La retta giornaliera è pari ad € \_\_\_\_\_ e verrà annualmente o semestralmente aggiornata tenuto anche conto delle variazioni dei prezzi in generale. Il pagamento potrà essere effettuato mediante autorizzazione permanente di addebito in conto corrente (R.I.D.) o tramite bollettino di conto corrente postale.

La Fondazione, compatibilmente alle proprie esigenze organizzative, effettua anche il servizio di trasporto dal domicilio dell'Utente al Centro e viceversa con un costo aggiuntivo pari a € \_\_\_\_\_

### 4. PREAVVISO DI DIMISSIONI

Eventuali dimissioni definitive da parte dell'Utente dovranno essere comunicate con un preavviso di almeno sei giorni. In caso contrario l'Utente/Familiare riconosce a proprio carico il pagamento della retta giornaliera per pari periodo. (6 giorni).

\_\_\_\_\_  
(data)

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

**PER IL RICHIEDENTE (Vedi Nota 1)**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

**Nota 1:** Firma di un familiare nel caso in cui l'Ospite non sia in grado di firmare per invalidità o interdizione. Indicare nome e cognome e grado di parentela.

Lo/La scrivente dichiara di aver preso visione delle condizioni contenute nel presente contratto e di approvarle specificatamente per iscritto ai sensi degli artt. 1341, 2° comma, C.C. e 1342, 2° comma, C.C., in particolare i seguenti:

- art. 2 (Regole per la frequenza presso il Centro Diurno Integrato)
- art. 4 (Preavviso di dimissioni)

\_\_\_\_\_  
(data)

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

**PER IL RICHIEDENTE (Vedi Nota 1)**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

**Nota 1:** Firma di un familiare nel caso in cui l'Utente non sia in grado di firmare per invalidità o interdizione. Indicare nome e cognome e grado di parentela.



**DOMANDA DI ACCOGLIENZA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
titolo di studio \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE ACCOLTO PRESSO  
IL CENTRO DIURNO INTEGRATO PER ANZIANI**



**CON LA PRESENTE:**

**1. DICHIARA:**

- a) di aver preso visione di tutte le condizioni per l'accoglienza nel C.D.I. e di accettarle integralmente;

**2. SI IMPEGNA:**

- a) al puntuale pagamento della retta mensile nei termini stabiliti da codesta Amministrazione (in via posticipata entro il decimo giorno del mese successivo);  
b) a rispettare e ad osservare tutte le norme statutarie e regolamentari in vigore presso la Fondazione;

**ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:**

- Certificato del medico curante (come da stampato allegato) comprese le impegnative degli esami del sangue;

**E FOTOCOPIA DI:** Carta d'identità Codice Fiscale Tessera Sanitaria Verbale invalidità

data

|     |   |     |   |     |
|-----|---|-----|---|-----|
| ___ | / | ___ | / | ___ |
|-----|---|-----|---|-----|

In fede

---

---

---

**● LISTA D'ATTESA**

*(da compilare a cura dell' U.V.I. – Unità di Valutazione Geriatrica Interna di Ca' Prina)*

---

---

---

data

|     |   |     |   |     |
|-----|---|-----|---|-----|
| ___ | / | ___ | / | ___ |
|-----|---|-----|---|-----|

Firma

---

---

---

**● PROGETTO**

*(da compilare a cura dell' U.V.I. – Unità di Valutazione Geriatrica Interna di Ca' Prina)*

---

---

---

---

---

---

data

|     |   |     |   |     |
|-----|---|-----|---|-----|
| ___ | / | ___ | / | ___ |
|-----|---|-----|---|-----|

Firma

---

**OBBLIGAZIONE DI PAGAMENTO**  
**FAMILIARI RESPONSABILI TENUTI PER LEGGE**

**I sottoscritti:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

di assumere, in via solidale, l'impegno di provvedere al pagamento delle rette a decorrere dalla data di accoglienza dell'Utente presso il Centro Diurno Integrato e di provvedere all'immediato rientro in famiglia dell'Utente qualora, per motivi concernenti l'inosservanza delle condizioni di ospitalità in vigore presso la Fondazione, questa Amministrazione ne ritenesse opportuno la dimissione.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

N.B.: L'eventuale cambio di indirizzo dovrà essere comunicato tempestivamente all'Ente.

**PROSPETTO FREQUENZA SETTIMANALE**

- Tutti i giorni
- Lunedì
- Martedì
- Mercoledì
- Giovedì
- Venerdì
- Sabato

**MODALITA' DI TRASPORTO****A cura dei Parenti**

- Andata
- Ritorno

**A cura della Fondazione**

- Andata
- Ritorno



**TRATTAMENTO DATI PERSONALI – INFORMATIVA AL PAZIENTE**  
**(Art. 13 – D. Lgs. 30.06.03, n° 196)**

Gentile/Stim. Utente

Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

SEDE

Desideriamo informarLa, in ossequio all'art. 13 del D. Lgs. 30.06.03, n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i Suoi dati personali rappresentati da dati anagrafici e sullo stato di salute sono oggetto di trattamento da parte della Fondazione Giuseppina Prina in termini di raccolta, registrazione, conservazione sia con l'ausilio di mezzi elettronici che manualmente (su supporti cartacei) ai fini di tutela della Sua salute e per la gestione delle attività amministrative di supporto all'attività sanitaria e per gli aspetti sociali. I dati sono custoditi e controllati con l'adozione di misure di sicurezza ai sensi degli art. 31 e seguenti del D. Lgs 30.06.03, n° 196.

La gestione dei dati è indispensabile alla Fondazione Giuseppina Prina per poter svolgere le suddette attività rientranti o connesse al proprio fine istituzionale.

Qualora non fosse chiaro quanto richiesto, prima di esprimere per iscritto la propria volontà e firmare la dichiarazione, può rivolgersi, per ulteriori spiegazioni, al personale competente.

LA DIREZIONE SANITARIA

|  |
|--|
| <b>Stato di fragilità<br/>MODERATO</b> |
|--|

(Da compilare se l'Utente è in grado di firmare, oppure vedi modulo a fianco)

## **MODULO DI CONSENSO (per il servizio sanitario e amministrativo)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

In base al D. Lgs. 30.06.03, n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il proprio consenso ed autorizza il trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini di diagnosi e di cura, prevenzione e ricerca (in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi) da parte del personale medico, paramedico ed amministrativo della Fondazione Giuseppina Prina. Autorizza altresì la comunicazione dei medesimi dati sensibili ad Enti Pubblici e/o privati, ai fini istituzionali della Fondazione.

Il consenso concesso dal paziente al medico si estende, per evidenti motivi di continuità terapeutica, anche ai sostituti in caso di assenza del medico stesso.

Il sottoscritto consente inoltre che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle persone sotto indicate:

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

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

Stato di fragilità  
**GRAVE**

(Da compilare e firmare a cura di un familiare)

## MODULO DI CONSENSO (per il servizio sanitario e amministrativo)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. tel. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

informa che le condizioni del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

sono tali da impedire l'informazione diretta.

Pertanto, in base al D. Lgs. 30.06.03, n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il proprio consenso ed autorizza il trattamento dei dati personali del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ esclusivamente ai fini di diagnosi e cura, prevenzione e ricerca (in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi) da parte del personale medico, paramedico ed amministrativo della Fondazione Giuseppina Prina. Autorizza altresì la comunicazione dei medesimi dati sensibili ad Enti Pubblici e/o privati, ai fini istituzionali della Fondazione.

Il consenso concesso dal paziente al medico si estende, per evidenti motivi di continuità terapeutica, anche ai sostituti in caso di assenza del medico stesso.

Il sottoscritto consente inoltre che sia data comunicazione in ordine allo stato di salute del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ anche alle persone sotto indicate:

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

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

## MODULO DI CONSENSO (per il servizio di animazione)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

*(barrare la casella che interessa)*

Utente del C. D. I.

familiare dell'Utente del C.D.I., Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

## AUTORIZZO

- 1** la raccolta di informazioni e documenti relativi alla storia dell'Ospite;
- 2** l'esecuzione di foto e/o riprese amatoriali;
- 3** l'uscita dalla struttura per attività ricreative e/o culturali;
- 4** altre uscite dalla struttura sempre accompagnato/a da un operatore.

\_\_\_\_\_

*(data)*

\_\_\_\_\_

*(firma per esteso)*

**RSA accreditate della  
provincia di COMO**

Riservato alla struttura \_\_\_\_\_  
 ID utente \_\_\_\_\_  
 Data accettazione: \_\_\_\_\_

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

**Relazione sanitaria del medico curante**

*(a cura del medico curante, o del reparto ospedaliero o di altra struttura in cui si trova l'interessato)*

| INDICI FUNZIONALI              |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                | Autonomo                 | Con supervisione         | Con aiuto                | Totale dipendenza        |
| Trasferimenti letto /sedia     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deambulazione                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Locomozione su sedia a rotelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Igiene personale               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alimentazione                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| INDICI COGNITIVI   |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Demenza certificata da UVA ospedaliera <input type="checkbox"/> Si data: <input type="checkbox"/> No | Assente                  | Lieve                    | Moderata                 | Grave                    |                          |
| Confusione/orientamento spazio temporale   | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irrequietezza  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vagabondaggio afinalistico   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allucinazioni (visive e/o uditive)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aggressività (verbale e/o fisica)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apatia   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inversione ritmo sonno/veglia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>PROFILI di GRAVITA'</b>   |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| <b>Lesioni cutanee</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |  |                             |
| <b>da pressione</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    | <b>Sede</b>  |                             |
| <b>vascolari</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO       | <b>Sede</b>  |                             |
| <b>Ausili per il movimento</b>   | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| Bastone / deambulatore   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> ASL |                             |
| Carrozzina   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> ASL |                             |
| <b>Gestione incontinenza</b>   | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| Pannolone / catetere esterno   | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| Catetere vescicale a permanenza  | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| Ano artificiale  | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Stomia</b>  | <input type="checkbox"/> SI    specificare.....  | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Alimentazione artificiale</b>   | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| S.N.G. (sondino naso gastrico)   | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| P.E.G.   | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Insufficienza respiratoria</b>  | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| Ossigeno al bisogno  | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| Ossigeno costante  | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Dialisi</b>   | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| Dialisi peritoneale  | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| Dialisi extracorporea  | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Allergie Farmaci</b>  | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Allergie Alimenti</b>   | <input type="checkbox"/> SI.....   | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Patologie infettive / contagiose in atto</b>                                | <input type="checkbox"/> SI.....   | <input type="checkbox"/> NO |

## C I R S

Il CIRS è uno strumento standardizzato per ottenere una misura della salute somatica dell'anziano. La versione proposta è quella suggerita dalla Regione Lombardia.

Lo strumento richiede che il Medico definisca la severità clinico – funzionale di 14 categorie di patologie: il Medico, sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata definisce il livello di gravità per ognuna delle categorie:

### CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Assente</b>     | (1) Nessuna compromissione di organo o sistema.  |
| <b>Lieve</b>       | (2) La compromissione di organo, sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto o no, la prognosi è ottima (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).                 |
| <b>Moderata</b>    | (3) La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete, fratture).                                       |
| <b>Grave</b>       | (4) La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).          |
| <b>Molto grave</b> | (5) La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio, stroke, sanguinamento gastrointestinale, embolia). |

Si ottengono due indici:

- l'indice di severità, che risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali);
- l'indice di comorbidità, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore od uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali)

Quanto sopra è il modo indicato e corretto per il calcolo dell'indice di severità, tuttavia si dimostra poco sensibile nel differenziare diversi quadri clinici. In alternativa si può fare la media dei punteggi degli item delle patologie con punteggio superiore a 3, togliendo così l'effetto "pavimento" che determina nel calcolo la considerazione dei punteggi 1, cioè di assenza di patologia. Indicare sempre quale delle due procedure di conteggio si è seguita.

Altro punto critico è la non considerazione dell'item 14, vista l'incidenza delle patologie dovute a demenza, nella popolazione degli "anziani fragili" (popolazione che ricopre il maggior numero di ricoveri di sollievo). In ogni caso questo item NON va conteggiato.

### INDICE DI COMORBIDITA' (CIRS)

| Patologia  | assente | lieve | moderato | grave | molto grave |
|--|---------|-------|----------|-------|-------------|
| Patologia cardiaca<br>(solo cuore)   |         |       |          |       |             |
| Iperensione<br>(solo la severità, non gli organi coinvolti)                                    |         |       |          |       |             |
| Patologia vascolare (sangue / vasi / midollo / milza / sist. linfatico)                        |         |       |          |       |             |
| Patologia respiratoria<br>(polmoni / bronchi / trachea sotto la laringe)                       |         |       |          |       |             |
| O.O.N.G.L.<br>(occhio / orecchi / naso / gola / laringe)                                       |         |       |          |       |             |
| Apparato gastroenterico superiore<br>(esofago / stomaco / duodeno / albero biliare / pancreas) |         |       |          |       |             |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Apparato gastroenterico inferiore<br>(intestino/ernie)  |  |  |  |  |  |
| Patologia epatica<br>(solo fegato)  |  |  |  |  |  |
| Patologia renale<br>(solo rene)   |  |  |  |  |  |
| Patologie genito-urinarie<br>(uretere/vescica/uretra/prostata/genitali)                           |  |  |  |  |  |
| Patologia muscolo / scheletrico / cute<br>(muscoli / scheletro / tegumenti)                       |  |  |  |  |  |
| Patologia sistema nervoso<br>(s.n.c. / periferico / non include demenza)                          |  |  |  |  |  |
| Patologia endocrino/metabolica<br>(diabete / patol. tiroide ecc.)                                 |  |  |  |  |  |
| Patologia psichiatriche/comportamentali<br>(demenza /depressione /ansia /agitazione /<br>psicosi) |  |  |  |  |  |

INDICE DI SEVERITA' ..... INDICE DI COMORBIDITA' .....  
 (media dei punteggi prime 13 categorie) (n° di categorie, solo le prime 13, con punteggio >/= 3)

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA e PROSSIMA**

.....

.....

.....

.....

.....

**TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO** (indicare farmaco e posologia)

.....

.....

.....

.....

**NOTE:**.....

.....

.....

**Nome e cognome del medico** .....

**Tel.**..... **e - mail** .....

.....  
 timbro e firma del medico

.....  
 data di compilazione  
 (La presente certificazione ha validità annuale)