



La famiglia che aiuta le famiglie

Fondazione Istituto Sacra Famiglia

Piazza Mons. Moneta, 1
20090 CESANO BOSCONO
SERVIZIO ACCETTAZIONE

☎ 0245677451 - 741 ☎ 0245677309

e-mail: accettazione@sacrafamiglia.org

Con la presente il CPS di Via _____ Comune
_____ Azienda Ospedaliera _____

richiede la valutazione per l'inserimento presso il Centro Diurno Psichiatrico Il Camaleonte del
sig./sig.ra: _____. I riferimenti del servizio inviante sono i
seguenti :

Nominativo e ruolo del referente per la pratica _____

Telefono _____ Fax _____

e-mail _____

Il Servizio Sociale del Comune di riferimento che ha in carico la situazione lascia i seguenti
riferimenti:

Comune di _____

Nominativo Assistente Sociale di riferimento: _____

Telefono _____ Fax _____

e-mail _____

I riferimenti della persona per la quale si richiede l'inserimento sono i seguenti :

Cognome e Nome _____

Nato il _____ a _____

residente a _____ in Via

_____ domiciliato in (se diverso dalla residenza)

Telefono _____

Codice Fiscale: _____

Tessera Sanitaria: _____

***Situazione Pensionistica:**

Invalidità Civile	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	in corso di valutazione <input type="checkbox"/>
Assegno di Accompagnamento	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	in corso di valutazione <input type="checkbox"/>
Riconoscimento Legge 104/92	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	in corso di valutazione <input type="checkbox"/>

***Posizione Giuridica:**

Interdizione Inabilitazione Amministrazione di Sostegno

Nessun provvedimento

Nominativo del Referente Legale _____

Estremi del provvedimento (di cui si allega copia)

Composizione del nucleo familiare:

***Dati della persona di riferimento (parente o Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno)**

Cognome _____ Nome _____

grado parentela/ruolo _____

telefono _____ Città _____

Via/Piazza _____

***Motivazione della richiesta:**

Data.....

Timbro e firma del richiedente

.....

NOTA BENE: ai fini di una corretta valutazione del caso, è necessario allegare alla presente:

***Relazione sanitaria (redatta sull'allegato);**

***Relazione clinica e sociale del CPS di competenza**

***Progetto Terapeutico Individuale (PTI)**

Documentazione della persona per la quale si richiede la valutazione di inserimento :

Documento di Identità in corso di validità;

Carta Regionale dei Servizi;

Tessera Esenzione Ticket (se presente);

Certificato di Residenza;

Stato di Famiglia;

Verbale di invalidità civile;

Documenti attestanti il percorso scolastico/professionale (se presenti);

Copia di eventuale provvedimento tutorio.

RELAZIONE SANITARIA

COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO DI BASE, SPECIALISTA O DI ALTRA STRUTTURA

Cognome Nome _____ M F

Nato a _____ () II _____

LEGENDA: N: patologia non presente; L: lieve; M: moderata; G: grave; MG: molto grave.

GRAVITA'

Barrare la casella che interessa

PATOLOGIE CARDIACHE: N L M G MG

Diagnosi: _____

IPERTENSIONE: N L M G MG

Diagnosi: _____

APPARATO VASCOLARE : N L M G MG

Diagnosi: _____

APPARATO RESPIRATORIO : N L M G MG

Diagnosi: _____

OCCHI/ORL :N L M G MG

Diagnosi: _____

RELAZIONE SANITARIA

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE : N L M G MG

Diagnosi: _____

APPARATO DIGERENTE INFERIORE : N L M G MG

Diagnosi: _____

FEGATO: N L M G MG

Diagnosi: _____

RENE: N L M G MG

Diagnosi: _____

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE :

N L M G MG

Diagnosi: _____

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE : N L M G MG

Diagnosi: _____

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO : N L M G MG

Diagnosi: _____

Incontinenza urinaria: SI NO _____

Incontinenza fecale: SI NO _____

Deambulazione autonoma: SI NO _____

Ausili per il movimento: SI NO _____

Disorientamento spazio temporale: SI NO _____

Episodi di fuga/vagabondaggio: SI NO _____

Agitazione psico-motoria: SI NO _____

Tentati suicidi: SI NO _____

Preso in carico da parte dei servizi specialistici: SI NO _____

Se sì, quali? _____

Inversione ritmi sonno-veglia: SI NO _____

Stato nutrizionale soddisfacente: SI NO _____

Autonomie personali: _____

RELAZIONE SANITARIA

Uso di presidi: SI NO **Tipologia** _____

Terapia in atto (orari e posologia)

Allergie e/o intolleranze note _____

Presenza di malattie trasmissibili in atto Sì No

Se sì specificare _____

Data __/__/____

Firma e timbro del Medico _____

Telefono _____



-
-
-
-
-
-
-

! " !

#\$

! # !! \$ % # #

\$\$

%



!"#\$%&&#\$' (

Modulo	FONDAZIONE ISTITUTO SACRA FAMIGLIA	
REV. 1	Unità:	Ospite:



La famiglia che aiuta le famiglie

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

(ai fini del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n.196)

Nell'ambito del rapporto instaurato o da instaurarsi con la nostra struttura, la informiamo che la Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus, fa oggetto di trattamento, secondo la definizione di esso data dall'art. 4 comma 1 del D.L.vo 196/2003, dei dati personali che La riguardano, acquisiti con la domanda di ammissione/colloqui e/o attraverso la compilazione di FASAS/cartella clinica.

Il trattamento dei dati è strettamente necessario per le finalità amministrative, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e a scopo scientifico che altrimenti non potrebbero aver luogo.

Il trattamento potrà avere ad oggetto anche dati sensibili e "giudiziari", così come definiti dal D.L.vo 196/2003, quando ciò sia necessario per le finalità sopra citate.

I dati personali definiti "sensibili" sono quelli *"idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale"*. I dati giudiziari sono quelli *"idonei a rilevare provvedimenti in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o di indagato ai sensi degli articoli 60 e 61 del codice di procedura penale"*.

I dati saranno trattati con modalità manuali e con l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati, secondo le modalità e le cautele dal predetto D.L.vo, e conservati per il tempo necessario all'espletamento delle attività riferibili alle predette finalità.

I soggetti che trattano i dati nell'ambito dell'Ente sono:

1. gli incaricati del trattamento amministrativo, tutti vincolati all'assoluta riservatezza;
2. il personale socio sanitario e assistenziale (esclusivamente per i dati necessari alle rispettive attività), tutti vincolati all'assoluta riservatezza.

I dati personali potranno essere comunicati ad altri enti pubblici e privati soltanto nei casi previsti da leggi e regolamenti.

Il responsabile al trattamento dei dati è la Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus legalmente rappresentata da:

- prof. Fabrizio Pregliasco per il trattamento e la tenuta dati socio-sanitari;
- dott.ssa Stefania Pozzati per il trattamento dei dati del fascicolo amministrativo per ospiti/utenti della sede di Cesano Boscone, o dal Responsabile di filiale per ospiti/utenti delle filiali.

Emissione: Servizio Igienistico Organizzativo – 11/01/2010	Approvazione: Comitato Scientifico – 11/11/2010	
---	--	--

Modulo	FONDAZIONE ISTITUTO SACRA FAMIGLIA	
REV. 1	Unità:	Ospite:

Il sottoscritto/a

DATI DEL PAZIENTE

CognomeNome.....

Data e Luogo di nascita.....

DATI DEL: Curatore Amministratore di sostegno Tutore Familiare

CognomeNome.....

(Allegare la documentazione che indica i poteri del Legale Rappresentante)

Data e luogo di nascita.....

DICHIARA

1. di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente, di averla effettivamente compresa, attraverso:
informativa fornita anche mediante nota scritta;
il colloquio con un Operatore.
2. di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento
- 3.

DI ACCETTARE
DI NON ACCETTARE

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza quanto proposto.

Adesione al progetto regionale CRS-SISS

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 base 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, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento dei dati personali in ambito CRS-SISS- Informativa ex art. 76 D.Lgs 196/2003" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.

Data.....

FIRMA DEL

Interessato, Curatore, Amministratore di sostegno, Tutore, Familiare

.....

Emissione: Servizio Igienistico Organizzativo – 11/01/2010	Approvazione: Comitato Scientifico – 11/11/2010	
---	--	--

