



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

Richiesta inviata da: UONPIA
U.O. di Pediatria
Ambulatori di Riabilitazione
Pediatri di libera scelta
Altro _____

Telefono _____ fax _____ mail _____

nominativo del referente per la pratica _____

richiede valutazione per inserimento in U.O di Riabilitazione dell'età evolutiva in regime
Diurno/Degenza a favore di:

DATI DEL MINORE

Cognome e Nome _____

nato il _____ a _____

nazionalità _____ permesso di soggiorno _____

residente a _____ in Via _____

domiciliato in (se diverso dalla residenza) _____

Telefono _____

Codice Fiscale: _____

Tessera Sanitaria: _____

Scolarità/esonero scolastico _____

***Situazione Pensionistica:**

Invalidità Civile si no in corso di valutazione
Assegno di Accompagnamento si no in corso di valutazione

Riconoscimento Lg 104

si

no

in corso di valutazione

*Eventuale tutela da parte di ente pubblico si

no

Se sì Servizio sociale del comune di _____

Decreto di affido n.

Con limitazione alla patria potestà o senza limitazione

Composizione del nucleo familiare:

*Dati della persona di riferimento (parente)

Cognome _____ Nome _____

grado parentela/ruolo _____

telefono _____ Città _____

Via/Piazza _____

*Motivazione della richiesta:

Firma (e timbro) del richiedente

Data,.....

.....

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

 Relazione sanitaria

 Progetto Riabilitativo Individuale

 Relazione Sociale (qualora il minore risulti in carico ad un Servizio Sociale)

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.

SITUAZIONE VACCINALE _____

Allegare certificato di vaccinazione

GRAVITA'

Barrare la casella che interessa

PATOLOGIE CARDIACHE: 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: _____

RELAZIONE SANITARIA

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO: N L M G MG

Diagnosi: _____

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE : N L M G MG

Diagnosi: _____

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Segnare la casella che interessa e dettagliare se necessario

Lesioni da decubito: SI NO

Dialisi: SI NO

Dialisi peritoneale **Dialisi extracorporea**

Insufficienza respiratoria : SI NO

O2 terapia Ventilatore Tracheocannula

Alimentazione artificiale : SI NO

Se autonoma: con o senza aiuto? Di che tipo? _____

Se artificiale, con: _____

SNG PEG Parenterale totale

RELAZIONE SANITARIA

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 _____

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

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

| |
|-------------------------------------|
| PARTE RISERVATA AL PERSONALE |
|-------------------------------------|

INFORMATIVA: dichiaro di aver fornito l'informazione sul trattamento dei dati sensibili proposto, secondo quanto previsto dalla procedura istituzionale del consenso informato.

Ho consegnato materiale informativo SI NO

Dichiaro di aver verificato l'avvenuta comprensione da parte del sottoscrittore delle informazioni ricevute.

Data.....

FIRMA E TIMBRO DELL'OPERATORE ISF

.....