

Centro di cure per la non autosufficienza - Servizi per le Demenze e Alzheimer Modulo di richiesta attivazione del servizio

- Richiesta di presa in carico (per le nuove richieste): Assistenza domiciliare* Centro Diurno
- Rivalutazione per presa in carico (per le persone già in lista d'attesa): Assistenza domiciliare* Centro Diurno

***Si informano i richiedenti che l'assistenza domiciliare può essere attivata solo per i residenti nei municipi XI e XII all'interno del G.R.A.**

Nome		Cognome	
Data di nascita	Luogo di nascita		Prov.
Residente in			C.A.P.
Referente familiare			
Grado di parentela			Tel.
Diagnosi di tipo			
Certificazione di malattia rilasciata da			il

Deficit cognitivo: lieve (MMSE=21-26) moderato (MMSE=11-20) grave (MMSE<10)

Disturbi del comportamento SI NO Specificare _____

Disturbi dell'umore SI NO

Presenza di altre patologie:

- Cardiovascolari SI NO dettaglio _____
- Respiratorie SI NO dettaglio _____
- Dismetaboliche SI NO dettaglio _____
- Muscoloscheletriche SI NO dettaglio _____
- Neoplastiche SI NO dettaglio _____
- Psichiatriche SI NO dettaglio _____

ESAME OBIETTIVO:

• **Cute e mucose:**

– **Lesioni da pressione:**

NO

Sì

pregresse

in essere

stadio _____

– **Atro tipo di lesioni:**

NO

Sì

dettaglio _____

• **Capo collo:** normale alterato dettaglio _____

• **Torace:** normale alterato dettaglio _____

• **Addome:** normale alterato dettaglio _____

• **Arti:** normale alterato dettaglio _____

– **Fratture:** pregresse in essere dettaglio _____

• **Apparato uro-genitale:** normale alterato dettaglio _____

– **Dispositivi/stomie:** NO Sì dettaglio _____

Valutazione funzionale:

– Disturbi del linguaggio SI NO

– Deambulazione Autonoma Con aiuto Con ausili

– Disturbi neurologici SI NO

Se sì quali _____

Disturbi della deglutizione SI NO

– Incontinenza Urinaria Doppia

– Disturbi visivi SI NO

– Disturbi uditivi SI NO

– Nutrizione autonoma SI NO Specificare _____

Altri aspetti da segnalare (stomia, ulcere, CVC, CV) _____

Ricoveri ospedalieri nell'ultimo anno:

– P.S. SI NO

– Ospedale per acuti SI NO

Terapia in atto e posologia:

Allergie note:

Medico richiedente:

Nome _____ Cognome _____ tel. _____

e-mail _____

Data _____ Firma e timbro _____

Gentile Signore/Signora, **Fondazione Sanità e Ricerca** (a seguire Fondazione), in qualità di Titolare del trattamento dei dati, Le fornisce la presente informativa elaborata ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale UE sulla protezione dei dati personali 2016/679 (RGPD).

Finalità, base giuridica, categoria dati: i dati personali necessari alla gestione della Sua richiesta sono di natura anagrafica, sanitaria, clinica, socio-sanitaria, socio-economica, familiare, amministrativa, dati di contatto (assistito e caregiver/familiari) informazioni circa il tutore, rappresentante legale, curatore e ogni ulteriore informazione necessaria alla gestione della pratica. I Suoi dati personali saranno trattati per le seguenti finalità in funzione dei servizi richiesti:

- gestione dell'iter di richiesta di presa in carico presso la nostra struttura per assistenza sanitaria in regime di ricovero o in assistenza domiciliare;
- prestazione di servizi socio sanitari per l'assistenza alle persone affette da malattia di Alzheimer e altre demenze;
- ogni altra finalità amministrativa strettamente connessa e strumentale alla gestione della richiesta;

Destinatari: i dati personali sono trattati dal medico di medicina generale e/o dal medico curante, dalla ASL, dall'autorità di pubblica sicurezza nei casi di esplicita richiesta.

La Fondazione tiene un elenco aggiornato dei soggetti destinatari presso l'ufficio qualità e privacy. Possono accedere ai dati i soggetti interni e/o esterni alla struttura in qualità di persone autorizzate dal Titolare per i compiti loro attribuiti. Può rivolgersi alla scrivente per ottenere informazioni aggiornate sulla comunicazione dei dati.

Modalità di trattamento: i dati sono trattati a garanzia della riservatezza, nei modi previsti dalla legge di riferimento, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. Il trattamento avviene in forma cartacea e informatizzata.

Trasferimento paesi terzi: i dati personali forniti e trattati, non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi, all'interno o all'esterno dell'Unione Europea.

Tempi conservazione dati: i dati sono trattati per il tempo necessario alla valutazione della richiesta di accesso e conservati nel rispetto della normativa di settore, del principio di proporzionalità e nei limiti necessari al raggiungimento delle finalità descritte. Qualora la valutazione abbia esito positivo, i dati saranno utilizzati per la gestione della pratica di ingresso, qualora abbia esito negativo, i dati saranno conservati per il tempo limitato alla gestione amministrativa, archiviazione e successivamente distrutti.

Conseguenze rifiuto al conferimento dei dati: è nostro dovere informarla che il conferimento è indispensabile per la valutazione e gestione della richiesta di presa in carico. Il rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità per la Fondazione di valutare e gestire la Sua richiesta. Le chiediamo, quindi, specifico consenso al trattamento.

Diritti dell'interessato: in ogni momento potrà esercitare i diritti di cui all'art. 15 e ss. del GDPR 2016/679. Potrà chiedere l'accesso ai dati, la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento; potrà opporsi al trattamento nei limiti normativi. Ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento ed esercitare i Suoi diritti inviando la richiesta all'indirizzo e-mail privacy@fondazione.sr.it. Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo per la protezione dei dati personali.

Titolare del Trattamento: **Fondazione Sanità e Ricerca** con sede in Roma Via A. Poerio n. 100. Per contattare il titolare: Tel. 06588991 - privacy@fondazione.sr.it.

Responsabile della Protezione dei Dati Personali (RPD): Maurizio Belli dell'Associazione Università del Lavoro. È possibile contattare il RPD rivolgendosi richiesta al Titolare del trattamento ai recapiti sopra indicati o scrivendo all'indirizzo e-mail: dpo_fsr@unilavoro.org

Roma, _____

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO - Fondazione Sanità e Ricerca

Il paziente o un Suo familiare (delegato/autorizzato) **acconsente** **non acconsente**
al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile, come indicato nell'informativa completa.

Data, _____ **Firma del paziente o di chi autorizzato a farne le veci** _____