

Equipe Valutazione Multidimensionale (UCAM)

Presidio Territoriale di _____

SCHEDA di VALUTAZIONE del MEDICO

Signor/a _____ sesso M F tessera sanitaria _____

nato/a a _____ il _____ comune di residenza _____

domicilio _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

Vive con: coniuge/convivente coniuge/figli figli parenti genitori badante solo altro

PATOLOGIE IN ATTO

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) Cardiaca (solo cuore) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3) Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4) Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8) Epatiche (solo fegato) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9) Renali (solo rene) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 10) Altre Patologie Genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 11) Sistema Muscolo-Scheletro-Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 13) Endocrine - metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 14) Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

LEGENDA PATOLOGIE IN ATTO:

1-**Assente** nessuna compromissione di organo/sistema

2-**Lieve** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)

3-**Moderato** la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture)

4-**Grave** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)

5-**Molto grave** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia);

DIAGNOSI PRINCIPALI

COD. ICD IX

DIAGNOSI PRINCIPALI

COD. ICD IX

TERAPIE SIGNIFICATIVE in ATTO _____

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____

Parte da compilare solo per **RICHIESTA ASSISTENZA PROGRAMMATTA NON AMBULABILI**

VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA

<u>FUNZIONE</u>	Dipendenza Completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza	Non rilevato
DEAMBULAZIONE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
SCALE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
USO DEL WC	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
CONTINENZA INTESTINALE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
CONTINENZA URINARIA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
VESTIRSI	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
IGIENE PERSONALE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
BAGNO/DOCCIA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<u>DISTURBI DI COMPORTAMENTO</u>	Grave	Moderato	lieve	assente	non rilevato	
CONFUSIONE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	
IRRITABILITA'	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	
IRREQUIETEZZA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	
<u>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</u>	assente	limitata	integra	non rilevato		
CAPACITA' DI COMUNICARE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		
VISTA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		
UDITO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		

PROBLEMI SOCIO-AMBIENTALI che motivano l'assistenza domiciliare _____

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE per ACCESSI del MMG/PDLS in regime di ADI

Come da allegato G contratto collettivo nazionale

RICHIESTA nuova attivazione variazione rinnovo
 ACCESSI PROPOSTI: settimanali quindicinali mensili

_____ (data)

_____ (timbro e firma del Medico)

SPAZIO RISERVATO all'ASL

ACCESSI AUTORIZZATI: settimanali quindicinali mensili

DATA INIZIO ____/____/____/ DATA SCADENZA ____/____/____/

_____ (firma)