

Scheda di valutazione medica

Assistito			
Cognome _____	Nome _____	nat_ il ____/____/____	
Domiciliato a _____	Via _____	Tel. _____	

Contesto della richiesta (specificare i problemi clinici e sociali che inducono la richiesta)

Valutazione dei bisogni			
MOBILITA'	☐ cammina autonomamente ☐ su carrozzina	☐ cammina con ausilio ☐ allettato	☐ cammina con aiuto di altra persona
AREA COGNITIVA (<i>disturbi della memoria, orientamento, attenzione, comprensione</i>)	☐ assenti / lievi	☐ moderati	☐ gravi
DISTURBI COMPORTAMENTALI (<i>aggressività, violenza, fuga, ecc.</i>)	☐ assenti / lievi	☐ moderati	☐ gravi
CONTROLLO SFINTERICO	☐ controllo completo ☐ incontinenza urinaria	☐ portatore di Catetere ☐ doppia incontinenza	☐ Presenza di stomia
ULCERE CUTANEE	☐ assenti	☐ I-II stadio (<i>sede</i>) ☐ III-IV stadio (<i>sede</i>)	
ALIMENTAZIONE	☐ indipendente ☐ assistita	☐ enterale <i>tramite</i> ☐ SNG ☐ PEG – PEJ ☐ parenterale CVC ☐ si ☐ no	
RESPIRAZIONE	☐ broncoaspirazione ☐ ventiloterapia	☐ ossigenoterapia ☐ tracheotomia	
RISCHIO INFETTIVO (<i>indica se l'assistenza è a rischio d'infezione</i>)		☐ si	☐ no
PROCEDURE TERAPEUTICHE	☐ sottocute ☐ gestione CVC	☐ intramuscolo ☐ trasfusione	☐ intravena ☐ controllo del dolore
TERMINALITA'	☐ oncologica	☐ non oncologica	
DISABILITA'	☐ riabilitaz. neurologica	☐ riabilitaz. ortopedica	☐ riabil. di mantenimento
SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE	☐ alloggio idoneo	☐ manca di alcuni servizi	☐ barriere architettoniche
SUPPORTO DELLA FAMIGLIA E DELLA RETE INFORMALE	☐ presenza	☐ presenza parziale e/o temporanea	☐ assenza
EDUCAZIONE TERAPEUTICA	☐ sì (<i>specificare</i>)		☐ no

Trattamenti farmacologici in corso

.....

.....

.....

Servizio Richiesto (individuare il Servizio che a parere del Medico potrebbe soddisfare i bisogni dell'assistito)

☐ servizio socio assistenziale domiciliare	☐ cure domiciliari prestazionali	☐ cure domiciliari integrate	☐ assistenza domiciliare programmata
☐ assistenza residenziale	☐ cure domiciliari palliative	☐ assistenza riabilitativa	☐ altro (specificare)

Note

.....

.....

.....

.....

Medico proponente

Cognome Nome Telefono

Sede di lavoro e.mail

☐ MMG ☐ PLS ☐ medico ospedaliero☐ specialista territoriale ☐ medico di C.A. ☐ altro**Frequenza proposta delle visite programmate del medico di MG**
☐ 1 v / settimana ☐ 1 v / 15 giorni ☐ 1 v / mese ☐ n..... v / settimana
Desidero partecipare alla seduta dell'Unità di Valutazione su questo assistito ☐ sì ☐ no

Data

firma e timbro