

Richiesta di accesso ai servizi socio – sanitari territoriali

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	[] cammina con ausilio	[] cammina con aiuto di altra persona
	[] su carrozzina	[] allettato	
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	[] portatore di Catetere	[] Presenza di stomia
	[] incontinenza urinaria	[] doppia incontinenza
ULCERE CUTANEE	[] assenti	[] I-II stadio (<i>sede</i>).....	
		[] III-IV stadio (<i>sede</i>).....	
ALIMENTAZIONE	[] indipendente	[] enterale <i>tramite</i>	[] SNG [] PEG – PEJ
	[] assistita	[] parenterale	CVC [] si [] no
RESPIRAZIONE	[] broncoaspirazione	[] ossigenoterapia	
	[] ventiloterapia	[] tracheotomia	
RISCHIO INFETTIVO (<i>indica se l'assistenza è a rischio d'infezione</i>)	[] si		[] no
PROCEDURE TERAPEUTICHE	[] sottocute	[] intramuscolo	[] intravena
	[] gestione CVC	[] trasfusione	[] 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	[] si (<i>specificare</i>).....		[] no

Trattamenti farmacologici in corso

.....
.....
.....

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

<input type="checkbox"/> servizio socio assistenziale domiciliare	<input type="checkbox"/> cure domiciliari prestazionali	<input type="checkbox"/> cure domiciliari integrate	<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare programmata
<input type="checkbox"/> assistenza residenziale	<input type="checkbox"/> cure domiciliari palliative	<input type="checkbox"/> assistenza riabilitativa	<input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>)

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 si no

Data _____

firma e timbro _____