

S.Va.M.A. VALUTAZIONE SANITARIA

A	Cognome e Nome	Data di nascita / /
	Sede di valutazione	Data di valutazione / /

B	Cenni anamnestici – Problemi cronici in atto (specificare i problemi clinici e sociali che inducono la richiesta ed il bisogno assistenziale di massima)

C	Trattamenti in atto

Codifica Patologie - estratto ICD 9	
D	indicare fino a 3 patologie principali che concorrono a determinare la situazione di non autosufficienza (da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UVT usando il codice a tre cifre)
codice	patologia

E	Sensorio e Comunicazione	
LINGUAGGIO (COMPRESIONE)		
0 = normale	2 = comprensione non valutabile	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non comprende	
LINGUAGGIO (PRODUZIONE)		
0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime	
UDITO (eventualmente con protesi)		
0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa	
VISTA (eventualmente con occhiali)		
0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza	

F	Assistenza infermieristica	no	si
		Diabete insulinodipendente	0
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10	
Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate	0	10	
Tracheostomia	0	5	
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al di)	0	5	
Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)	0	10	
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale	0	10	
Catetere vescicale	0	5	
Ano artificiale o ureterostomia	0	5	
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine	0	10	
Ulcere distrofiche agli arti	0	5	
Respiratore/Ventilazione assistita	[]		
Dialisi o dialisi peritoneale	[]		
Presenza di dolore (neoplastico o non neoplastico)	[]		
Dipendenza da apparecchiature elettromedicali	[]		
Paziente neoplastico allettato	[]		
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	VIP		

G	Proposta Attivazione Servizio e Prestazioni	ADI	CPDO	AS	CURE PALLIATIVE	RIABILITAZIONE ESTENSIVA	ASSISTENZA RESIDENZIALE	ALTRO (specificare)
	1.							
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							

H	Medico proponente		
Cognome	Nome		telefono
Sede di lavoro		e.mail	
[] MMG		[] PLS	[] Medico ospedaliero
[] specialista ambulatoriale		[] medico di C.A.	[] altro

I	Frequenza proposta delle visite programmate del medico di Medicina Generale			
[] 1 v / settimana	[] 1 v / 15 giorni	[] 1 v / mese	[] n / settimana	

Desidero partecipare alla seduta dell'Unità di Valutazione su questo assistito [] si [] no

Data _____

firma e timbro _____