

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

**Stato clinico del paziente**

Patologia prevalente	
Patologie concomitanti	
Complicazioni	
Patologia nosologica	
Altro	

<p><b>Trattamenti farmacologici in corso</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---

<b>Servizio Richiesto</b> ( <i>individuare il Servizio che a parere del Medico potrebbe soddisfare i bisogni dell'assistito</i> )			
<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 estensiva	<input type="checkbox"/> altro ( <i>specificare</i> ) .....

<b>Medico proponente</b>		
Cognome .....	Nome .....	Telefono .....
Sede di lavoro .....		e.mail .....
<input type="checkbox"/> MMG	<input type="checkbox"/> PLS	<input type="checkbox"/> medico ospedaliero
<input type="checkbox"/> specialista territoriale	<input type="checkbox"/> medico di C.A.	<input type="checkbox"/> altro .....

<b>Frequenza proposta delle visite programmate del medico di MG</b>			
<input type="checkbox"/> 1 v / settimana	<input type="checkbox"/> 1 v / 15 giorni	<input type="checkbox"/> 1 v / mese	<input type="checkbox"/> n..... v / settimana

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

Data \_\_\_\_\_

firma e timbro \_\_\_\_\_