

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

<b>FUNZIONE</b>	Dipendenza Completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza	Non rilevato
	<b>DEAMBULAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>SCALE</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>USO DEL WC</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>CONTINENZA INTESTINALE</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>CONTINENZA URINARIA</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>ALIMENTAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>VESTIRSI</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>IGIENE PERSONALE</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>BAGNO/DOCCIA</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b><u>DISTURBI DI COMPORTAMENTO</u></b>	Grave	Moderato	lieve	assente	non rilevato	
<b>CONFUSIONE</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	
<b>IRRITABILITA'</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	
<b>IRREQUIETEZZA</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	
<b><u>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</u></b>	assente	limitata	integra	non rilevato		
<b>CAPACITA' DI COMUNICARE</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		
<b>VISTA</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		
<b>UDITO</b>	<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** PROGRAMMA APPROVATO: si  no   
 ACCESSI AUTORIZZATI:  settimanali  quindicinali  mensili   
 DATA INIZIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ DATA SCADENZA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_ (firma)