

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		

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 _____