

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/corvivate coniuge/figli figli parenti genitori badante solo altro

PATOLOGIE IN ATTO:

- | | | | | | | |
|--|-------|---|---|---|---|---|
| 1) Cardiaca (solo cuore) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3) Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4) Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8) Epatiche (solo fegato) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9) Renali (solo rene) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 10) Altre Patologie Genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 11) Sistema Muscolo-Scheletro-Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 13) Endocrine - metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 14) Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) | _____ | ① | ② | ③ | ④ | 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 - Moderata la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acalasia, diabete, fratture)
- 4 - Grave la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indispensabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema 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 PROGRAMMATA NON AMBULABILI**

VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA	<u>FUNZIONE</u>	Dipendenza Completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza	Non rilevato
		DEAMBULAZIONE	1	2	3	4	5
	LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE	1	2	3	4	5	9
	SCALE	1	2	3	4	5	9
	TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	1	2	3	4	5	9
	USO DEL WC	1	2	3	4	5	9
	CONTINENZA INTESTINALE	1	2	3	4	5	9
	CONTINENZA URINARIA	1	2	3	4	5	9
	ALIMENTAZIONE	1	2	3	4	5	9
	VESTIRSI	1	2	3	4	5	9
	IGIENE PERSONALE	1	2	3	4	5	9
	BAGNO/DOCCIA	1	2	3	4	5	9
	<u>DISTURBI DI COMPORTAMENTO</u>	Grave	Moderato	lieve	assente	non rilevato	
	CONFUSIONE	1	2	3	4	9	
	IRRITABILITA'	1	2	3	4	9	
	IRREQUIETEZZA	1	2	3	4	9	
	<u>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</u>	assente	limitata	intesa	non rilevato		
	CAPACITA' DI COMUNICARE	1	2	3	9		
	VISTA	1	2	3	9		
	UDITO	1	2	3	9		
	PROBLEMI SOCIO-AMBIENTALI che motivano l'assistenza domiciliare _____						

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE per ACCESSI del MMG/PLS in regime di ADP

Come da allegato G contratto collettivo nazionale

RICHIESTA	nuova attivazione <input type="checkbox"/>	variazione <input type="checkbox"/>	rinnovo <input type="checkbox"/>
ACCESSI PROPOSTI:	settimanali <input type="checkbox"/>	quindicinali <input type="checkbox"/>	mensili <input type="checkbox"/>
	_____ (data)		_____ (timbro e firma del Medico)

SPAZIO RISERVATO all'ASL	PROGRAMMA APPROVATO: si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
ACCESSI AUTORIZZATI:	settimanali <input type="checkbox"/>	quindicinali <input type="checkbox"/>	mensili <input type="checkbox"/>
DATA INIZIO ____/____/____/	DATA SCADENZA ____/____/____/		
	_____ (firma)		