

S.Va.M.A.
VALUTAZIONE SANITARIA

A	COGNOME E NOME:	DATA DI NASCITA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	SEDE DI VALUTAZIONE	DATA DI VALUTAZIONE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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

D	Codifica Patologie - estratto ICD 9
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
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non comprende
<input type="text"/>	
LINGUAGGIO (PRODUZIONE)	
0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime
<input type="text"/>	
UDITO (eventualmente con protesi)	
0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa
<input type="text"/>	
VISTA (eventualmente con occhiali)	
0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza
<input type="text"/>	

F	Assistenza Infermieristica	no	si
		0	5
Diabete insulino-dipendente		0	5
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 dì)		0	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)		0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parentale 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 del 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