Medico curante:........................................................………….. Tel.:…………………………….

Assistente sociale:……………………………………………… Tel.:……………………………

Persona di riferimento:………………………………………… grado di parentela .........……………...

Via ....................................................................…Comune..............………………...........................

Tel.:………………………………...……….……… Cellulare:……………………………………………

tessera sanitaria |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| es. ticket |\_|\_|\_|\_|\_|\_| codice fiscale|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Residenza: via …................................................………………………...….Tel.....…………….............

Comune ..................…………….……………………… Prov.|\_|\_| Cittadinanza ………………………

Distretto Socio-Sanitario |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Domicilio** *(se diverso dalla residenza)***:**

via…………………………………………………………………………………

Comune ………………………………………………….. U.L.S.S. n\_ \_……………

**CARTELLA**

**Sig./ra**

**data di nascita | | | |\_\_| | | | | | |**

**REGIONE Puglia - A.S.L. n°………………**

**DISTRETTO** | | | | | | | |

S. V A. M. A.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane

(strumento per l’accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati)

**VALUTAZIONE IN SEDE U.V.M.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA** | | | | | | | | | | |  |
| **ASSISTENZA INFERMIERISTICA punteggio VIP**  ***(vedi scheda "Valutazione Sanitaria")*** | | | | | | | | |  | |  |
| **PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI punteggio VPIA**  ***(vedi scheda " Valutazione Cognitiva e Funzionale ")*** | | | | | | | | |  | |  |
| **POTENZIALE RESIDUO punteggio VPOT**  ***(da valutare in U.V.M.D.)*** | | | | | | | | |  | |  |
|  | Poco probabili significativi recuperi di autonomia | | | | | | 0 | |  |  | |
| Vi è la possibilità di recuperare l’autonomia fino a punteggio ≤ 3 in almeno 1 item del Barthel ADL o MOBILITÀ | | | | | | 5 | |
| Buon potenziale residuo (anche in patologia cronico-degenerativa, se presente sindrome ipocinetica da assistenza inadeguata) | | | | | | 20 | |
| Elevato potenziale residuo dopo evento acuto, con scarsa probabilità di recupero spontaneo | | | | | | 25 | |
| **TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA** VSAN | | | | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| **ULTERIORI BISOGNI**  **si no** | | | | | | | | |  | | |
| Trattamenti specialistici | | Dialisi | | | |  | |  |
| Bisogni assistenziali relativi allo stato di  terminalità | | Controllo dolore | | | |  | |  |
| Assistenza Stato Terminale Oncologico | | | |  | |  |
| Assistenza Stato Terminale non Oncologico | | | |  | |  |
| Bisogni assistenziali relativi a disabilità | | Trattamenti Riab Neurologico | | | |  | |  |
| Trattamenti Riab Ortopodico | | | |  | |  |
| Trattamenti Riab di Mantenimento | | | |  | |  |
| Educazione terapeutica | | | | | |  | |  |
| Supporto care giver | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| **SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE**  **(famiglia, privato, vicinato e volontariato)** | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | **SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO** | | | | | | | |
| **SOGGETTO AUTONOMO** | sufficiente | Parzialmente sufficiente  o difficoltà | insufficiente | | | | | |
|  |  | di tenuta |  | | | | | |
| Preparazione dei pasti | | | 0 | 5 | 10 | 10 | | | | | |
| Pulizia della casa | | | 0 | 5 | 5 | 10 | | | | | |
| Lavanderia | | | 0 | 5 | 5 | 10 | | | | | |
| Effettuazione acquisti | | | 0 | 5 | 5 | 10 | | | | | |
| Alimentazione | | | 0 | 5 | 10 | 20 | | | | | |
| Bagno | | | 0 | 5 | 5 | 10 | | | | | |
| Toeletta personale | | | 0 | 5 | 10 | 15 | | | | | |
| Abbigliamento | | | 0 | 5 | 10 | 15 | | | | | |
| Uso del wc (o padella o panno) | | | 0 | 5 | 15 | 25 | | | | | |
| Assunzione dei medicinali (se pertinente) | | | 0 | 5 | 10 | 10 | | | | | |
| Trasferimenti | | | 0 | 5 | 15 | 20 | | | | | |
| Deambulazione | | | 0 | 5 | 10 | 15 | | | | | |
| Gestione del denaro | | | 0 | 5 | 10 | 10 | | | | | |
| Sostegno psicoaffettivo | | | 0 | 5 | 10 | 10 | | | | | |
| Supervisione diurna | | | 0 | 5 | 15 | 25 | | | | | |
| Supervisione notturna | | | 0 | 5 | 15 | 25 | | | | | |
| **TOTALE RETE SOCIALE** VSOC | | | | | |  | | | | | |

**PROFILO DELL'AUTONOMIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SITUAZIONE COGNITIVA** | | | |
| **PCOG** |  | **VCOG** |  |
| 1 | lucido |  | Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 0 - 3 |
| 2 | confuso |  | Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 4 - 8 |
| 3 | molto confuso o stuporoso |  | Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 9 - 10 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOBILITÀ** | | | |
| **PMOB** |  | **VMOB** |  |
| 1 | si sposta da solo |  | Punteggio Barthel mobilità = 0 – 14 |
| 2 | si sposta assistito |  | Punteggio Barthel mobilità = 15 – 29 |
| 3 | non si sposta |  | Punteggio Barthel mobilità = 30 – 40 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)** | | | |
| **PADL** |  | **VADL** |  |
| 1 | autonomo o quasi |  | Punteggio Barthel ADL = 0 – 14 |
| 2 | dipendente |  | Punteggio Barthel ADL = 15 – 49 |
| 3 | totalmente dipendente |  | Punteggio Barthel ADL = 50 – 40 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA** | | | |
| **PSAN** |  | **VSAN** |  |
| 1 | bassa |  | Punteggio = 0 - 5 |
| 2 | intermedia |  | Punteggio = 10 - 20 |
| 3 | elevata |  | Punteggio S 25 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE** | | | |
| **PSOC** |  | **VSOC** |  |
| 1 | ben assistito |  | Punteggio = 0 - 80 |
| 2 | parzialmente assistito |  | Punteggio = 85 - 160 |
| 3 | non sufficientemente assistito |  | Punteggio = 165 - 240 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CODICE PROFILO** (pcog + pmob + padl + psan) | | |
| **PROF PSOC** | | |
|  | **+** |  |

**PROFILO COMPORTAMENTALE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DISTURBI COMPORTAMENTALI** | | | |
| **PCOM** |  | **VCOM** |  |
| 1 | Assenti/lievi |  | Punteggio NPI = punteggio totale < 24; punteggio subscale < 4; massimo una subscala con punteggio 6 |
| 2 | moderati |  | Punteggio NPI = punteggio totale < 24 ed almeno due  subscale con punteggio 6; massimo una subscala con punteggio 9 |
| 3 | gravi |  | Punteggio NPI = punteggio totale > 24 ed almeno due subscale con punteggio > 9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALTERAZIONE RITMO SONNO VEGLIA** | | | |
| **PALTS** |  | **VALTS** |  |
| 1 | Assente |  | Punteggio NPI – Disturbo del sonno(VCOM) = 0 |
| 2 | Presente |  | Punteggio NPI – Disturbo del sonno(VCOM) > 0 |

|  |  |
| --- | --- |
| **VERBALE U.V.M.** | |
| **NOME:** | **Data di Nascita: | | | | | | | | | | |** |
| **SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE,**  **L’U.V.M. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE:** | |
| **01**  ACCOGLIENZA IN RESIDENZA | **06**  ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA |
| **02**  OSPITALITÀ TEMPORANEA RIABILITATIVA | **07**  ALTRE FORME DI ASSISTENZA |
| **03**  OSPITALITÀ TEMPORANEA SOCIALE | **08**  LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI |
| **04**  CENTRO DIURNO | **09**  ALLOGGIO PROTETTO |
| **05**  ASSISTENZA DOMICILIARE |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nel caso di **ACCOGLIENZA IN STRUTTURA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE** , indicare la  motivazione alla base della richiesta di inserimento all’interno della struttura: | | | |
| **01**  | Perdita autonomia (decorso degenerativo) | **04**  | Solitudine |
| **02**  | Stabilizzazione stato clinico (post acuzie) | **05**  | Alloggio non idoneo |
| **03**  | Insufficienza del supporto familiare | **06**  | Altra motivazione sociale |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| convocati | presenti | **PARTECIPANTI** | **Nome** | **Firma** |
| **1**  | **1**  | Direttore Distretto o delegato |  |  |
| **2**  | **2**  | MMG/PLS |  |  |
| **3**  | **3**  | Medico Specialista: |  |  |
| **4**  | **4**  | Assistente Sociale |  |  |
| **5**  | **5**  | Infermiere |  |  |
| **6**  | **6**  | PRS |  |  |
| **7**  | **7**  | Psicologo |  |  |
| **8**  | **9**  | (1) |  |  |
| **9**  | **9**  | (2) |  |  |
| **10**  | **10**  | (3) |  |  |
| **11**  | **11**  | (4) |  |  |
| **12**  | **12**  |  |  |  |

1. Altre figure area clinica (2) Altre figure professionali sanitarie (3) Responsabile del servizio sociale professionale (4) Altro

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ll responsabile del caso sarà:** | **Verifica programmata: | | | | | | | | |** | |
|  attivazione  verifica  **DATA Valutazione: | | | | | | | | | | |** | **TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.** | |
| **SITUAZIONE FUNZIONALE**  **INDICE DI BARTHEL - Attività di Base** | | | | |
| **ALIMENTAZIONE** | | | | |
| Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.  Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.  Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.  Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaio, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.  Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc). | | | 0 | |
| 2 | |
| 5 | |
| 8 | |
| 10 | |
| **BAGNO/DOCCIA (lavarsi)** | | | | |
| Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.  Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.). Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi. Necessita di aiuto per tutte le operazioni.  Totale dipendenza nel lavarsi. | | | 0 | |
| 1 | |
| 2 | |
| 4 | |
| 5 | |
| **IGIENE PERSONALE** | | | | |
| Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.  In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni. Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.  Necessita di aiuto per tutte le operazioni.  Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti. | | | 0 | |
| 1 | |
| 2 | |
| 4 | |
| 5 | |
| **ABBIGLIAMENTO** | | | | |
| Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.  Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe. Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.  Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.  Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora. | | | 0 | |
| 2 | |
| 5 | |
| 8 | |
| 10 | |
| **CONTINENZA INTESTINALE** | | | | |
| Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.  Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enterosclisma; occasionali perdite.  Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.  Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.  Incontinente. | | | 0 | |
| 2 | |
| 5 | |
| 8 | |
| 10 | |
| **CONTINENZA URINARIA** | | | | |
| Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.  Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.  In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.  Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.  Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni. | | | 0 | |
| 2 | |
| 5 | |
| 8 | |
| 10 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **USO DEL GABINETTO** | |
| Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o la padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.  Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.  Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani. Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.  Completamente dipendente. | 0 |
| 2 |
| 5 |
| 8 |
| 10 |
| **TOTALE VALUTAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)** VADL |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MOBILITA'**  **INDICE DI BARTHEL** | | |
| **TRASFERIMENTO LETTO − SEDIA o CARROZZINA** (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato) | | |
| E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.  Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza. Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.  Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.  Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico. | | 0 |
| 3 |
| 7 |
| 12 |
| 15 |
| **DEAMBULAZIONE**  (funzionalmente valida)  In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50  m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.  Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.  Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.  Non in grado di deambulare autonomamente. | **USO DELLA CARROZZINA**  (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala “deambulazione” ed è stato addestrato allˇuso della carrozzina) | |
| Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere > 50 m.  Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.  Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.  Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre.  Dipendente negli spostamenti con la carrozzina | 0 |
| 3 |
| 7 |
| 10 |
| 11 |
| 12 |
| 14 |
| 15 |
| **SCALE** | | |
| In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sè durante la salita o discesa.  In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.)  Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza.  Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili). Incapace di salire e scendere le scale. | | 0 |
| 2 |
| 5 |
| 8 |
| 10 |
| **TOTALE VALUTAZIONE MOBILITA'**  **VMOB** | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PREVENZIONE – TRATTAMENTO DECUBITI**  VPIA | | | | | |
| rischio non elevato di lesioni da decubito | | | | | 0 |
| rischio elevato (\*Exton Smith 10) o arrossamento o abrasione superficiale (gradi I-II) | | | | | 10 |
|  | \*Indice di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti: | | | |  |
| CONDIZIONI GENERALI:  Buone (4) Discrete (3) | Scadenti (2) | Pessime (1) |  |
| STATO MENTALE:  Lucido (4) Confuso (3) | Apatico (2) | Stuporoso (1) |  |
| ATTIVITA':  Normale (4) Cammina con aiuto (3) Costretto in sedia (2) Costretto a letto (1) | | |  |
| MOBILITA':  Normale (4) Leggermente limitata (3) Molto limitata (2) Immobile (1) | | |  |
| INCONTINENZA:  No (4) Occasionale (3) | Urinaria abituale (2) | Incontinenza doppia (1) |  |
| TOTALE (il rischio è elevato se lˇindice è S10): | | |  |
| presenza di 1 piaga (con interessamento del tessuto sottocutaneo - gradi III - IV) | | | | | 15 |
| presenza di 2 o più piaghe (almeno 2 con interessamento del sottocutaneo - gradi III-IV) | | | | | 25 |

|  |
| --- |
| **Rischio infettivo1**  si  no |

|  |
| --- |
| **NOTE:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

COMPILATORE

nome:

firma:

1 Utilizzare quando il paziente necessita di assistenza specifica per prevenire il rischio di contagio (devono essere adottate misure

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SITUAZIONE COGNITIVA**  **SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE** (barrare | la | casella | in | caso di errore) | |
| Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno) Che giorno è della settimana?  **DATA: | | || | | | | | | |**  **SEDE DI VALUTAZIONE:**  **DATA DI NASCITA:** | | || | | | | | | |  **NOME:**  Come si chiama questo posto? Qual è il suo indirizzo?  Quanti anni ha?  Quando è nato?  Chi è il Presidente della Repubblica ? (o il Papa?) Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?) Qual è il cognome da ragazza di sua madre?  Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo | | | | | 1 |
| 1 |
| 1 |
| 1 |
| 1 |
| 1 |
| 1 |
| 1 |
| 1 |
| 1 |
| **TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA** | VCOG | | | |  |
|  | | | | | |
| Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG=10.  Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica, eventualmente previa consulenza specialistica:  VCOG 1 | | | | | |
|  | | | | |  |

|  |
| --- |
| **S.VA.M.A.**  **VALUTAZIONE SANITARIA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME:** | **DATA DI NASCITA: |\_\_|** | | **| |** |  | **|** | **|** | **|** | **|** | **|** | **|** |
| **SEDE DI VALUTAZIONE:** | **DATA: |** | **|** | **| |** | **|** | **| |** | | **|** | **|** | **|** | **|** |

|  |
| --- |
| **CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **TRATTAMENTI IN ATTO:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSISTENZA INFERMIERISTICA** | | |
| no sì | | |
| Diabete insulinodipendente Prelievi Venosi Non Occ ECG  Telemetria  Terapia intramuscolare o sottocutanea o infusiva Gestione catetere centrale  Trasfusioni  Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)  Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate Tracheostomia  Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì) Ventiloterapia  Broncoaspirazione/Drenaggio posturale Sondino naso-gastrico  Alimentazione assistita  Gastrostomia PEG  Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale Catetere vescicale/ Eliminazione intestinale  Ano artificiale o ureterostomia  nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine Ulcere distrofiche agli arti | 0 | 5 |
| 0 | 5 |
| 0 | 5 |
| 0 | 5 |
| 0 | 5 |
| 0 | 5 |
| 0 | 5 |
| 0 | 10 |
| 0 | 10 |
| 0 | 5 |
| 0 | 5 |
| 0 | 5 |
| 0 | 5 |
| 0 | 5 |
| 0 | 10 |
| 0 | 10 |
| 0 | 5 |
| 0 | 5 |
| 0 | 10 |
| 0 | 5 |
| **TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA** VIP | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SENSORIO E COMUNICAZIONE** | | |
| **LINGUAGGIO (*COMPRENSIONE*)** | | |
| 0 = normale | 2 = comprensione non valutabile |  |
| 1 = comprende solo frasi semplici | 3 = non comprende |
| **LINGUAGGIO (*PRODUZIONE*)** | | |
| 0 = parla normalmente | 2 = si comprendono solo parole isolate |  |
| 1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero | 3 = non si esprime |
| **UDITO (eventualmente con protesi)** | | |
| 0 = normale | 2 = grave deficit non correggibile |  |
| 1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali | 3 = sordità completa |
| **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 |

|  |
| --- |
| **CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICD-9-CM**  **Indicare la Patologia prevalente(P) che determina l’attivazione dell’assistenza, la Patologia concomitante (C) che condiziona la presa in carico, altra Patologia (A)** (da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di U.V.M.) |

**MALATTIE GENERALI**

**P C A P C A**

   A07 Coma    A86 Effetto tossico di sostanza non medicinale

   A79 Neoplasia maligna NAC    A87 Complicanze da trattamento

   A80 Trauma/lesione traumatica NAC    A89 Danno da materiale protesico

   A81 Politraumatismo/lesioni multiple    A90 Anomalie congenite multiple/NAC

   A82 Postumo di trauma    A97 Nessuna malattia

   A84 Intossicazione da farmaco    A99 Malattia o condizione o sede non definita

**SANGUE / LINFATICI / MILZA**

**P C A P C A**

   B71 Linfadenite cronica o non specifica    B80 Anemia da carenza di ferro

   B72 Morbo di Hodgkin/linfoma    B81 Anemia da carenza di vit. B12/acido folico

   B73 Leucemia    B83 Porpora/difetto di coagulazione

   B74 Altra neoplasia maligna ematologica    B87 Splenomegalia

   B75 Neoplasia benigna /inc. sangue o org. linf    B90 Infezione HIV/AIDS

   B78 Anemia emolitica ereditaria    B99 Altra malattia del sangue/org. linf./milza

   B79 Altra anom. congenita di sangue o org. linf. -

**SISTEMA DIGERENTE**

**P C A P C A**

   D17 Incontinenza rettale    D87 Disordine gastrico funzionale

   D70 Infezione gastrointestinale    D88 Appendicite

   D72 Epatite virale    D89 Ernia inguinale

   D74 Neoplasia maligna dello stomaco    D90 Ernia jatale

   D75 Neoplasia maligna del colon/retto    D91 Altra ernia addominale

   D76 Neoplasia maligna del pancreas    D92 Malattia diverticolare

   D77 Altra neoplasia maligna app. dig. NAC    D93 Sindrome del colon irritabile

   D81 Anomalia congenitaapparato digerente    D94 Enterite cronica/colite ulcerosa

   D82 Malattia di denti o gengive    D95 Ragade anale/ascesso perianale

   D83 Malattia della bocca/lingua/labbra    D96 Vermi/parassiti intestinali

   D84 Malattia dell’esofago    D97 Malattia del fegato NAC

   D85 Ulcera duodenale    D98 Colecistite/colelitiasi

   D86 Altra ulcera peptica -

**OCCHIO**

**P C A P C A**

   F74 Neoplasia di occhio/annessi    F91 Difetto di rifrazione

   F81 Altra anomalia congenita dell’occhio    F92 Cataratta

   F82 Distacco di retina    F93 Glaucoma

   F83 Retinopatia    F94 Cecità

   F84 Degenerazione maculare    F99 Altra malattia di occhio/annessi

   F85 Ulcera corneale -

**ORECCHIO**

**P C A P C A**

   H03 Acufene/tintinnio/ronzio all’orecchio    H83 Otosclerosi

   H74 Otite media cronica    H84 Presbiacusia

   H75 Neoplasia dell’orecchio    H86 Sordità

   H77 Perforazione del timpano    H99 Altra malattia di orecchio/mastoide

   H82 Sindrome vertiginosa -

**SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO**

**P C A P C A**

   K71 Febbre reumatica/malattia reum. Cardiaca    K86 Ipertensione arteriosa non complicata

   K73 Anomalia cardiovascolare congenita    K87 Ipertensione arteriosa complicata

   K74 Cardiopatia ischemica con angina    K88 Ipotensione posturale

   K75 Infarto miocardico acuto    K89 Ischemia cerebrale transitoria

   K76 Cardiopatia ischemica senza angina    K90 Accidente vascolare cerebrale/stroke

   K77 Scompenso cardiaco    K91 Malattia cerebrovascolare

   K78 Fibrillazione atriale/flutter    K92 Arteriosclerosi/mal.vascolare periferica

   K79 Tachicardia parossistica    K93 Embolia polmonare

   K80 Aritmia cardiaca NAC    K94 Flebite/tromboflebite

   K82 Cuore polmonare    K95 Varici venose arti inferiori

   K83 Valvulopatia NAC    K99 Altra malattia cardiovascolare

   K84 Altra malattia cardiaca -

**SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO**

**P C A P C A**

   L70 Infezione del sistema osteoarticolare    L84 Sindrome dorso lombare senza irradiazione

   L71 Neoplasia maligna muscolo scheletrica    L85 Deformità acquisita della colonna

   L72 Frattura di radio/ulna    L86 Sindrome dorso lombare con irradiazione

   L73 Frattura di tibia/perone    L88 Artrite reumatoide siero positiva

   L74 Frattura di mano/piede    L89 Coxoartrosi

   L75 Frattura di femore    L90 Gonartrosi

   L76 Altra frattura    L91 Altra artrosi

   L77 Distorsione/stiramento di caviglia    L92 Sindrome della spalla

   L78 Distorsione/stiramento di ginocchio    L95 Osteoporosi

   L79 Distorsione/stiramento di articolazione NAC    L96 Lesione acuta interna del ginocchio

   L80 Lussazione/sublussazione    L97 Neoplasia benigna/incerta muscolosc.

   L81 Lesione traumatica muscoloscheletrica NAC    L98 Deformità acquisita degli arti

   L82 Anomalia congenita muscoloscheletrica    L99 Altra malattia muscoloscheletrica

   L83 Sindrome cervicale -

**SISTEMA NERVOSO**

**P C A P C A**

   N17 Vertigine/capogiro    N85 Anomalia neurologica congenita

   N19 Disordine della parola    N86 Sclerosi multipla

   N70 Poliomielite    N87 Parkinsonismo

   N71 Meningite/encefalite    N88 Epilessia

   N72 Tetano    N89 Emicrania

   N73 Altra infezione neurologica    N90 Cefalea a grappolo

   N74 Neoplasia maligna del sistema nervoso    N91 Paralisi facciale/paralisi di Bell

   N75 Neoplasia benigna del sistema nervoso    N92 Nevralgia trigeminale

   N76 Neopl. natura indeterminata sistema nervoso    N93 Sindrome del tunnel carpale

   N79 Commozione cerebrale    N94 Neurite periferica/neuropatia

   N81 Altra lesione traumatica del sistema nervoso -

**DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI**

**P C A P C A**

   P13 Encopresi/problemi di controllo intestinale    P74 Disturbo ansioso/stato ansioso

   P15 Abuso alcolico cronico    P75 Disturbo psicosomatico

   P16 Abuso alcolico acuto    P76 Depressione

   P17 Abuso di tabacco    P77 Suicidio/tentativo di suicidio

   P18 Abuso di farmaco    P78 Neurastenia/surmenage

   P19 Abuso di droga    P79 Fobia/disordine ossessivo-compulsivo

   P20 Disturbo della memoria    P80 Disturbo della personalità

   P70 Demenza    P85 Ritardo mentale

**P C A P C A**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|    P71 Altra psicosi organica |    | P98 Altra psicosi NAC |
|    P72 Schizofrenia     P73 Psicosi affettiva |    | P99 Altri disturbi psicologici  - |
| **SISTEMA RESPIRATORIO** |  |  |

   R80 Influenza    R85 Altra neoplasia maligna sist. respiratorio

   R81 Polmonite    R89 Anomalia congenita sistema respiratorio

   R82 Pleurite/versamento pleurico    R95 Broncopneumopatia cronica ostruttiva

   R83 Altra infezione respiratoria    R96 Asma

   R84 Neoplasia maligna bronchiale/polmonare    R99 Altra malattia respiratoria

**CUTE E ANNESSI**

**P C A P C A**

   S14 Bruciatura/ustione    S84 Impetigine

   S18 Lacerazione/taglio    S85 Cisti/fistola pilonidale

   S19 Altra lesione traumatica della pelle    S87 Dermatite atopica/eczema

   S70 Herpes zoster    S88 Dermatite da contatto/allergia

   S72 Scabbia/altre acariasi    S89 Eritema da pannolino

   S73 Pediculosi/altre infestazioni cutanee    S91 Psoriasi

   S74 Dermatofitosi    S92 Malattia delle ghiandole sudoripare

   S75 Moniliasi/candidosi della pelle    S94 Unghia incarnita

   S76 Altra malattia infettiva della pelle    S97 Ulcera cutanea cronica

   S77 Neoplasia maligna della pelle    S98 Orticaria

   S80 Cheratosi attinica/eritema solare    S99 Altra malattia della pelle

**SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE**

**P C A P C A**

   T08 Perdita di peso    T86 Ipotiroidismo/mixedema

   T11 Disidratazione    T87 Ipoglicemia

   T71 Neoplasia maligna della tiroide    T90 Diabete non-insulino dipendente

   T73 Neoplasia endocrina di altra/incerta natura    T91 Carenza vitaminica/nutrizionale

   T82 Obesità    T92 Gotta

   T83 Sovrappeso    T93 Dislipidemia

   T85 Ipertiroidismo/tireotossicosi    T99 Altro dist. endocrino/metabolico/nutriz.

**SISTEMA URINARIO**

**P C A P C A**

   U04 Incontinenza urinaria    U79 Neoplasia indeterminata del tratto urinario

   U70 Pielonefrite/pielite    U85 Anomalia congenita delle vie urinarie

   U71 Cistite/altra infezione urinaria    U88 Glomerulonefrite/sindrome nefrosica

   U75 Neoplasia maligna del rene    U95 Calcolosi urinaria

   U76 Neoplasia maligna della vescica    U99 Altra malattia urinaria

**SISTEMA GENITALE FEMMINILE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P** | **C** | **A** | **P** | **C** | **A** |
|  |  |  X75 Neoplasia maligna del collo dell’utero |  |  |  |
|  |  |  X76 Neoplasia maligna della mammella donna |  |  |  |
|  |  |  X77 Altra neoplasia maligna genitale donna |  |  |  |
|  |  |  X81 Neopl. genitale altra/incerta natura donna |  |  |  |

X84 Vaginite/vulvite NAC X87 Prolasso utero-vaginale

X99 Altra malattia genitale nella donna

-

**SISTEMA GENITALE MASCHILE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P** | **C** | **A** | **P** | **C** | **A** |
|  |  |  Y74 Orchite/epididimite |  |  |  |
|  |  |  Y77 Neoplasia maligna della prostata |  |  |  |

Y78 Altra neoplasia maligna genitale nell’uomo Y99 Altra malatt. genitale uomo (incl.

Mammella)

COMPILATORE

nome:

firma:

tess.sanit. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| es.ticket |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| cod.fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Residenza:** via ...................................................…………...…………………………

Tel……...……………….………..........

Comune .........................………………………………......…………………………………………..

**DATA: | | | | | | | | | | |**

**SEDE DI VALUTAZIONE:**

**DATA DI NASCITA: | | | | | | | | | | |**

**NOME:**

**S.VA.M.A.**

VALUTAZIONE SOCIALE

**Stato civile: 1**  celibe/nubile

**9**  non dichiarato

**2**  coniugato **3**  separato **4** divorziato

**5**  vedovo

**Sesso: 1**  M **2**  F

**Istruzione:**

**1**  nessun titolo

**4**  diploma media superiore **5**  diploma universitario

**2**  licenza elementare

**6**  laurea

**3**  licenza media inferiore

**9**  non dichiarato

**Pensione: 1**  nessuna

**2**  minima / sociale

**3**  altra pensione

**Ultima professione:** ........................................................................................................................………....

**Invalidità civile 1**  si **2**  no **Indennità accompagnamento 1**  si **2**  no **3**  in attesa

|  |  |
| --- | --- |
| **DOMANDA DI INTERVENTO:** | |
| **Motivo della domanda (una sola risposta)**   1.  perdita dellˇautonomia 2.  famiglia non in grado di provvedere 3.  solitudine 4.  alloggio non idoneo 5.  altro | **La persona è informata della domanda?**  **01**  si **02**  no |

|  |  |
| --- | --- |
| **Iniziativa della domanda (una sola risposta)**  **01**  Servizi sociali 02  MMG/PLS   1.  Ospedale 2.  Ospedale per dimissione protetta 3.  Struttura residenziale extraospedaliera 06  Utente/familiari   09  Altro | **Tipologia della domanda (una sola risposta)**   1.  generica 2.  assistenza domiciliare 3.  centro diurno 4.  ospitalità temporanea riabilitativa 5.  altra ospitalità temporanea 6.  accoglimento in residenza |

**Medico curante: Tel.**

**PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:**

Cognome e nome ...................................................................................……….................….......

Via .............................................................................. Comune ....................................…….........….........

tel …................................…………………...............…... grado di parentela .................................................

attuale **3**

possibile **5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI** (nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale)  (ART.433 C.C.: coniuge, figli e discendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Cognome e nome | parentela **1** | età | professione | | | | indirizzo e telefono | lontananza **2** | | | intensità attivazione | | si occupa di **4** | | | intensità attivazione | si occuperà di **4** | | | | |
| ADL | iADL | super- visione | ADL | | iADL | | super- visione |
| 1 |  |  |  |  | | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| 2 |  |  |  |  | | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| 3 |  |  |  |  | | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| 4 |  |  |  |  | | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| 5 |  |  |  |  | | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| 6 |  |  |  |  | | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| 7 |  |  |  |  | | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| **ALTRE PERSONE ATTIVE** (compreso personale privato) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  | | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| 2 |  |  |  |  | | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| 3 |  |  |  |  | | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| **ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA** (segnare i servizi attivi) h/sett. Interv/sett | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | SERVIZIO RESIDENZIALE (quale?) | | | |  | 3 | PASTI A DOMICILIO | | |  | 6 | | VIGILANZA-  ACCOMPAGNAMENTO | | | | | |  | |  | |
| 4 | TELESOCCORSO | | |  | 7 | | IGIENE DELLA CASA | | | | | |  | |  | |
| 2 | SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?) | | | |  |
| 5 | TRASPORTO /  ACCOMPAGNAMENTO | | |  | 8 | | ASSISTENZA ALLA PERSONA | | | | | |  | |  | |

C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini

**2** C = convivente, V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora

**3** indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)

**4** crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)

5 indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui si prevede che la persona possa essere presente nell'assistenza per il futuro

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SITUAZIONE ABITATIVA** | | | | | | |
| **TITOLO DI GODIMENTO** *(una sola risposta)*   1.  proprietà 2.  usufrutto 3.  titolo gratuito 4.  non proprio, non in affitto (presso ) | | | in affitto da:  5 a  privato  5 b  pubblico  Eˇ in atto lo sfratto esecutivo? | | sì | no |
| **DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO** *(una sola risposta) rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)* 1  servita  2  poco servita 3  isolata | | | | | | |
| **BARRIERE ARCHITETTONICHE** | | *(una sola risposta)* | |  | | |
| 1  | assenti |  | piano: | | |  si  no  | | |
| 2  | solo esterne | ascensor |
| 3  | interne | e |
| **GIUDIZIO SINTETICO**   1.  abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al nº di persone, ben servito) 2.  abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi) 3.  abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o   isolato) | | | | | | |
| **NOTE:** | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE** | |
| REDDITO TOTALE DELL'ANZIANO:  (inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta) | € |
| RISPARMI DELL'ANZIANO: | no o inferiori a 2.500,00 Euro fino a 5.000,00 Euro  fino a 10.000,00 Euro fino a 50.000,00 Euro oltre 50.000,00 Euro non noti |
| SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO: | €. |
| ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA: | nessuna  fino a 500,00 Euro fino a 1.000,00 Euro fino a 1.500,00 Euro oltre  copertura completa delle spese |
| INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA: | certamente no possibile certamente sì |
| **NOTE:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Livello di fragilità finanziaria** | |
| Autonomo finanziatore |  |
| A carico totale o parziale dei familiari |  |
| A carico totale o parziale del comune |  |

|  |
| --- |
| **VALUTAZIONE FINALE DELLˇASSISTENTE SOCIALE** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Firma

ASSISTENTE SOCIALE

Data: Nome: