

SCHEMA 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) 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-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, 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**

FUNZIONE :	Dipendenza Completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza	Non rilevato
V DEAMBULAZIONE	①	②	③	④	⑤	⑥
A						
L LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE	①	②	③	④	⑤	⑥
U						
T SCALE	①	②	③	④	⑤	⑥
A						
Z TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	①	②	③	④	⑤	⑥
I						
O USO DEL WC	①	②	③	④	⑤	⑥
N						
E CONTINENZA INTESTINALE	①	②	③	④	⑤	⑥
A						
U CONTINENZA URINARIA	①	②	③	④	⑤	⑥
T						
O ALIMENTAZIONE	①	②	③	④	⑤	⑥
S						
U VESTIRSI	①	②	③	④	⑤	⑥
F						
F IGIENE PERSONALE	①	②	③	④	⑤	⑥
I						
C BAGNO/DOCCIA	①	②	③	④	⑤	⑥
I						
E <u>DISTURBI di COMPORTAMENTO</u>	Grave	Moderato	Lieve	Assente		Non rilevato
N						
Z CONFUSIONE	①	②	③	④		⑥
A						
IRRITABILITÀ	①	②	③	④		⑥
IRREQUIETEZZA	①	②	③	④		⑥
ASPETTI PSICO-SENSORIALI	assente	limitata	integra			non rilevato
CAPACITÀ di COMUNICARE	①	②	③			⑥
VISTA	①	②	③			⑥
UDITO	①	②	③			⑥

PROBLEMI SOCIO-AMBIENTALI che motivano l'assistenza domiciliare _____

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

Come da ex alligato 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)

