DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Scheda di Valutazione (SVaMA semplificata)**

(cognome e nome) nato/a a \_ \_ \_ (\_\_\_\_\_) il |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

residente nel Comune di (\_\_\_\_\_) in via \_ \_ n. - frazione

**PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

(da compilare a cura del medico curante)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Descrizione della patologia** | **Codice ICPC** |
| **Prima patologia** |  | |\_\_|\_\_|\_\_| |
| **Eventuale patologia concomitante** |  | |\_\_|\_\_|\_\_| |
| **Eventuale 2ª patologia concomitante** |  | |\_\_|\_\_|\_\_| |

**ELEMENTI DI VALUTAZIONE TOTALE PUNTEGGIO** |\_\_|\_\_|

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Valutazione e punteggio** |
| **Situazione Cognitiva** | * **1** Lucido
 | * **2** Confuso
 | * **3** Molto confuso, stuporoso
 |
| **Problemi comportamentali** | * **1** Assenti/Lievi
 | * **2** Moderati
 | * **3** Gravi
 |
| **Situazione Funzionale** | * **1** Autonomo o quasi
 | * **2** Dipendente
 | * **3** Totalmente dipendente
 |
| **Barthel Mobilità** | * **1** Si sposta da solo
 | * **2** Si sposta assistito
 | * **3** Non si sposta
 |
| **Supporto rete sociale** | * **1** Ben assistito
 | * **2** Parzialmente assistito
 | * **3** Non assistito
 |
| **Necessità assistenza sanitaria** | * **1** Bassa
 | * **2** Intermedia
 | * **3** Elevata
 |

L’utente è in possesso di ulteriore valutazione su scala:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * **CIRS**
 | * **no**
 | * **si**
 | **PUNTEGGIO |\_\_|\_\_|** |
| * **CIDRs**
 | * **no**
 | * **si**
 | **PUNTEGGIO |\_\_|\_\_|** |
| * **ICF**
 | * **no**
 | * **si**
 | **PUNTEGGIO |\_\_|\_\_|** |

1. Trattasi di persona in condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza h24 ❒

*(descrivere i fattori che ne determinano tale stato)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. *L’utente è già stato preso in carico in ADI: ❒ sì ❒ no*

***PAI sanitario in essere/proposto:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ente di appartenenza** | **Ruolo** | **Firma** |
| ASReM - Distretto Sanitario di  | Direttore o suo delegato |  |
| ASReM - Distretto Sanitario di | Medico UVM |  |
| ATS di  | Direttore e/o Coordinatore |  |
| ATS di  |  Assistente sociale |  |
| ASReM |  Medico di Medicina Generale |  |

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_