

S.Va.M.A. VALUTAZIONE SANITARIA

A	Cognome e Nome	Data di nascita / /
	Sede di valutazione	Data di valutazione / /

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

Codifica Patologie - estratto ICD 9	
D	indicare fino a 3 patologie principali che concorrono a determinare la situazione di non autosufficienza <i>(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UVT usando il codice a tre cifre)</i>
codice	patologia

E	Sensorio e Comunicazione	
LINGUAGGIO (COMPRESIONE)		
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	

F	Assistenza infermieristica		
		no	sì
	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 parenterale 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 di 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 ☐ sì ☐ no

Data _____

firma e timbro _____