REGIONE CALABRIA ASP di CATANZARO DSS di Catanzaro

Richiesta di accesso ai servizi socio – sanitari territoriali

Scheda di valutazione medica

Assistito

Cognome _____ Nome _____ nat_ il ____/____/_____

Domiciliato a _____ Via _____ Tel. _____

Contesto della richiesta (specificare i problemi clinici e sociali che inducono la richiesta ed il bisogno assistenziale di massima)

.....

.....

.....

.....

Patologie in atto e pregresse

Data	Malattie o problemi	Trattamento	postumi

Trattamenti farmacologici in corso

.....

.....

.....

Servizio Richiesto *(individuare il Servizio che a parere del Medico potrebbe soddisfare i bisogni dell'assistito)*

[ ] servizio socio assistenziale domiciliare	[ ] cure domiciliari prestazionali	[ ] cure domiciliari integrate	[ ] assistenza domiciliare programmata
[ ] assistenza residenziale	[ ] cure domiciliari palliative	[ ] assistenza riabilitativa	[ ] altro (*specificare*) .....

REGIONE CALABRIA ASP di CATANZARO DSS di Catanzaro Lido

Valutazione dei bisogni			
MOBILITA'	[ ] cammina autonomamente [ ] su carrozzina	[ ] cammina con ausilio [ ] allettato	[ ] cammina con aiuto di altra persona
AREA COGNITIVA *(disturbi della memoria, orientamento, attenzione, comprensione)*	[ ] assenti / lievi	[ ] moderati	[ ] gravi
DISTURBI COMPORTAMENTALI *(aggressività, violenza, fuga, ecc.)*	[ ] assenti / lievi	[ ] moderati	[ ] gravi
CONTROLLO SFINTERICO	[ ] controllo completo [ ] incontinenza urinaria	[ ] portatore di Catetere [ ] doppia incontinenza	[ ] Presenza di stomia .....
ULCERE CUTANEE	[ ] assenti	[ ] I-II stadio *(sede)*..... [ ] III-IV stadio *(sede)*.....	
ALIMENTAZIONE	[ ] indipendente [ ] assistita	[ ] enterale *tramite* [ ] SNG [ ] PEG – PEJ [ ] parenterale CVC [ ] si [ ] no	
RESPIRAZIONE	[ ] broncoaspirazione [ ] ventiloterapia	[ ] ossigenoterapia [ ] tracheotomia	
RISCHIO INFETTIVO *(indica se l'assistenza è a rischio d'infezione)*	[ ] si	[ ] no	
PROCEDURE TERAPEUTICHE	[ ] sottocute [ ] gestione CVC	[ ] intramuscolo [ ] trasfusione	[ ] intravena [ ] controllo del dolore
TERMINALITA'	[ ] oncologica	[ ] non oncologica	
DISABILITA'	[ ] riabilitaz. neurologica	[ ] riabilitaz. ortopedica	[ ] riabil. di mantenimento
SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE	[ ] alloggio idoneo	[ ] manca di alcuni servizi	[ ] barriere architettoniche
SUPPORTO DELLA FAMIGLIA E DELLA RETE INFORMALE	[ ] presenza	[ ] presenza parziale e/o temporanea	[ ] assenza
EDUCAZIONE TERAPEUTICA	[ ] si *(specificare)*.....		[ ] no

Medico proponente

Cognome ..... Nome ..... Telefono .....

Sede di lavoro ..... e.mail .....

[ ] MMG [ ] PLS [ ] medico ospedaliero

[ ] specialista territoriale [ ] medico di C.A. [ ] altro .....

Frequenza proposta delle visite programmate del medico di MG

[ ] 1 v / settimana [ ] 1 v / 15 giorni [ ] 1 v / mese [ ] n..... v / settimana

Desidero partecipare alla seduta dell'Unità di Valutazione su questo assistito [ ] si [ ] no

Data _____ firma e timbro _____