

SCHEDA DI PRIMA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (SCHEDA 1)

SIG./RA _____ NATO/A IL _____

AUTONOMIA	BISOGNI (se non espressamente segnalato con l'apposizione di un segno sulla casella si intende che il bisogno non è presente)
AUTONOMIA <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente	BISOGNI ASSISTENZIALI <input type="checkbox"/> Assistenza per rischio infettivo <input type="checkbox"/> Broncoaspirazione o drenaggio posturale <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia <input type="checkbox"/> Ventiloterapia <input type="checkbox"/> Tracheotomia <input type="checkbox"/> Gestione stomia <input type="checkbox"/> Manovre per favorire l'eliminazione urinaria e/o intestinale <input type="checkbox"/> Assistenza per alterazione ritmo sonno-veglia <input type="checkbox"/> Intervento di educazione terapeutica <input type="checkbox"/> Cura ulcere cutanee I e II grado <input type="checkbox"/> Cura ulcere cutanee III e IV grado
GRADO DI MOBILITA' <input type="checkbox"/> Si sposta da solo, event. con ausili <input type="checkbox"/> Si sposta assistito <input type="checkbox"/> Non si sposta	PROCEDURE DIAGNOSTICHE <input type="checkbox"/> Prelievi venosi non occasionali <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Telemetria
DISTURBI COGNITIVI <input type="checkbox"/> Assente/lieve <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Grave	PROCEDURE TERAPEUTICHE <input type="checkbox"/> Terapia sc, im, infusiva <input type="checkbox"/> Gestione catetere <input type="checkbox"/> Controllo del dolore <input type="checkbox"/> Trasfusioni
DISTURBI COMPORTAMENTALI <input type="checkbox"/> Assenti/lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi	STATO DI TERMINALITA' <input type="checkbox"/> Assistenza stato terminale oncologico <input type="checkbox"/> Assistenza stato terminale non oncologico <input type="checkbox"/> Supervisione continua <input type="checkbox"/> Assistenza IADL <input type="checkbox"/> Assistenza ADL <input type="checkbox"/> Supporto caregiver
SUPPORTO SOCIALE <input type="checkbox"/> Presenza <input type="checkbox"/> Presenza parziale o temporanea <input type="checkbox"/> Non presenza	UTENTI CON DISABILITA'/HANDICAP CON POTENZIALE RESIDUO <input type="checkbox"/> Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità <input type="checkbox"/> Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità <input type="checkbox"/> Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità
	DISABILITA'/HANDICAP CON NECESSITA' DI ASSISTENZA CONTINUA <input type="checkbox"/> Supervisione continua di utenti con disabilità <input type="checkbox"/> Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità <input type="checkbox"/> Assistenza ADL per utenti con disabilità <input type="checkbox"/> Supporto caregiver

DATA _____

FIRMA _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo viene utilizzato per la prima valutazione multidimensionale dell'assistito in regime di ADI – SID.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo deve essere, di norma, compilato dal MMG/PLS.

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo viene allegato alla richiesta del MMG di attivazione ADI – SID ed inserito nella cartella Cure Domiciliari

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

La frequenza degli accessi programmati nell'assistenza ADI, SID, viene definita dal MMG contestualmente alla proposta di attivazione del servizio stesso.

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-domiciliare
------------------	---