

Terapia in atto:

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

- grave deficit visivo (anche con correzione)
 grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota

DEAMBULAZIONE:

- normale
 cammina con aiuto o assistenza
 presenta rischio di caduta
 costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota

INCONTINENZA si no

- Urinaria saltuaria permanente
Fecale saltuaria permanente
 Catetere vescicale

Nota

ALIMENTAZIONE

- autonoma
 deve essere imboccato
 presenta disfagia

Presenza di magrezza patologica si no
Presenza di obesità patologica sì no

Nota

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di _____

Instabilità motoria si no
Deficit equilibrio si no
Tendenza alle cadute si no

Nota _____

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

Disturbi importanti della memoria si no
Orientamento temporo/spaziale normale patologico
se patologico
Episodi di disorientamento t/s si no
Disorientamento costante si no
Disturbi della parola si no
Disturbi della comunicazione si no

Note _____

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Aggressività verbale si no
Pone domande ripetitivamente si no
Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto si no
Allucinazioni/deliri si no
Attività motoria finalistica (wandering, fughe) si no
Aggressività fisica si no
Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione si no
Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave si no
Rifiuto dell'assistenza si no
Comportamento alimentare gravemente alterato si no

Note _____

Utilizzo di psicofarmaci (specificare) _____

TONO DELL'UMORE

normale

depresso

euforico

Ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno si no
Sta assumendo terapie antidepressive si no

Note _____

ALLERGIE

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Respiratorie/Ventilazione assistita	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Dialisi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Gestione terapia con microinfusori/elastomeri	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Drenaggi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Altro (specificare)

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____/____/____

**Timbro e firma leggibile
MMG/Medico Curante**

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

La presente “Scheda Informativa Sanitaria” contiene dati di natura clinica e deve essere allegata alla Domanda U.V.G. (MODDAD901) per completare la richiesta di valutazione all’Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) della propria ASL di residenza, da parte degli assistiti anziani non autosufficienti. L’U.V.G. è una Commissione composta da medici, infermieri, assistenti sociali ed eventuali altre figure professionali, con compiti sia sanitari che sociali, ritenute opportune per il singolo caso. L’interessato può farsi assistere dal proprio medico di famiglia in sede di valutazione.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La “Scheda Informativa Sanitaria” deve essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale dell’interessato o, in caso di ricovero, dal Medico ospedaliero.

MODALITA’ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL’ASL

Il modulo, allegato alla Domanda UVG (MODDAD901) può essere:

- Consegnato a: Sportello Unico Distrettuale per i Distretti di Cuneo-Borgo San Dalmazzo- Dronero – P.A.S.S. per i Distretti di Mondovì e Ceva - Unità Minime Locali del Consorzio Socio-Assistenziale Monviso Solidale per i Distretti di Savigliano-Fossano e Saluzzo. Tali sedi forniscono informazioni sulle modalità di presentazione della domanda e avviano la procedura di valutazione;
- spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all’indirizzo: protocollo@aslc1.legalmailPA.it , indicando il Distretto di residenza;
- firmato digitalmente e trasmesso mediante invio telematico da PEC all’indirizzo: protocollo@aslc1.legalmailPA.it , indicando il Distretto di residenza.

Avvertenze

- Si ricorda che l’utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

MODALITÀ DI INTERVENTO

L’U.V.G. valuta il livello di non autosufficienza e le necessità assistenziali dell’anziano e quindi individua la risposta adeguata nell’ambito della rete dei servizi territoriali di tipo domiciliare, semiresidenziale o residenziale.

TEMPO DI RISPOSTA:

Modulo allegato alla domanda di Valutazione Geriatrica (MODDAD901):

90 gg. - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito www.aslc1.it

RIFERIMENTI/LINK

Distretti	https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/unita-valutazione-geriatrica
-----------	---