

Distretto di \_\_\_\_\_

**SCHEDA di VALUTAZIONE del MEDICO**

Signor/a \_\_\_\_\_ sesso M  F  tessera sanitaria \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ comune di residenza \_\_\_\_\_  
 domicilio \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Vive con:**  coniuge/convivente  coniuge/figli  figli  parenti  genitori  badante  solo  altro

**PATOLOGIE IN ATTO**

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) <b>Cardiaca</b> (solo cuore)   | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2) <b>Ipertensione</b> (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3) <b>Vascolari</b> (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)                                      | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4) <b>Respiratorie</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)                                 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5) <b>O.O.N.G.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)  | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6) <b>Apparato G.I. Superiore</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)             | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7) <b>Apparato G.I. Inferiore</b> (intestino, ernie)  | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8) <b>Epatiche</b> (solo fegato)  | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9) <b>Renali</b> (solo rene)  | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 10) <b>Altre Patologie Genito-urinarie</b> (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)           | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 11) <b>Sistema Muscolo-Scheletro-Cute</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)                           | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 12) <b>Sistema Nervoso Centrale e Periferico</b> (non include la demenza)                           | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 13) <b>Endocrine - metaboliche</b> (include diabete, infezioni, stati tossici)                      | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 14) <b>Psichiatrico-comportamentali</b> (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)          | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

**LEGENDA PATOLOGIE IN ATTO:**

- 1-**Assente** nessuna compromissione di organo/sistema  
 2-**Lieve** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)  
 3-**Moderato** la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture)  
 4-**Grave** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)  
 5-**Molto grave** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia);

**DIAGNOSI PRINCIPALI**

**COD. ICD IX**

**DIAGNOSI PRINCIPALI**

**COD. ICD IX**





**TERAPIE SIGNIFICATIVE in ATTO** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA** \_\_\_\_\_

Parte da compilare solo per **RICHIESTA ASSISTENZA PROGRAMMATTA NON AMBULABILI**

VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA

<u>FUNZIONE</u>	Dipendenza Completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza	Non rilevato
<b>DEAMBULAZIONE</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
<b>LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
<b>SCALE</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
<b>TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
<b>USO DEL WC</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
<b>CONTINENZA INTESTINALE</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
<b>CONTINENZA URINARIA</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
<b>ALIMENTAZIONE</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
<b>VESTIRSI</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
<b>IGIENE PERSONALE</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
<b>BAGNO/DOCCIA</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
<u><b>DISTURBI DI COMPORTAMENTO</b></u>	Grave	Moderato	lieve	assente	non rilevato	
<b>CONFUSIONE</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="9"/>	
<b>IRRITABILITA'</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="9"/>	
<b>IRREQUIETEZZA</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="9"/>	
<u><b>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</b></u>	assente	limitata	integra	non rilevato		
<b>CAPACITA' DI COMUNICARE</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="9"/>		
<b>VISTA</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="9"/>		
<b>UDITO</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="9"/>		

PROBLEMI SOCIO-AMBIENTALI che motivano l'assistenza domiciliare \_\_\_\_\_

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE per ACCESSI del MMG/PDLS in regime di ADP**

Come da ex allegato G contratto collettivo nazionale

RICHIESTA    nuova attivazione     variazione     rinnovo   
 ACCESSI PROPOSTI:    settimanali     quindicinali     mensili

\_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ (timbro e firma del Medico)

**SPAZIO RISERVATO all'ASL**    PROGRAMMA APPROVATO:    si     no   
 ACCESSI AUTORIZZATI:    settimanali     quindicinali     mensili   
 DATA INIZIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/    DATA SCADENZA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_ (firma)