

S.Va.M.Di. SITUAZIONE SANITARIA

DIAGNOSI DELLE ATTUALI PRINCIPALI CONDIZIONI DI SALUTE

Indicare la codifica nosologica in codice ICD X (Indicare con una X il tipo di diagnosi)	ICD X	Diagnosi principale	Diagnosi comorbidità
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Fonte diagnosi:			

INFORMAZIONI SINTETICHE SULLO STATO DI SALUTE

Altezza: cm |_|_|_|_|

Peso: kg |_|_|_|_|

Sta assumendo qualche farmaco? NO SI

Se si, specificare i farmaci principali che sta assumendo (barrare con una X il riquadro corrispondente):

1 - nome del principio attivo:	via di somministrazione		frequenza		preparazione		assistenza all'assunzione	
	orale	<input type="checkbox"/>	1 o più volte al giorno	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>
	parenterale	<input type="checkbox"/>	a giorni alterni	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
	rettale	<input type="checkbox"/>	1 o 2 giorni alla settimana	<input type="checkbox"/>				
	topica	<input type="checkbox"/>	meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>				

2 - nome del principio attivo:	via di somministrazione		frequenza		preparazione		assistenza all'assunzione	
	orale	<input type="checkbox"/>	1 o più volte al giorno	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>
	parenterale	<input type="checkbox"/>	a giorni alterni	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
	rettale	<input type="checkbox"/>	1 o 2 giorni alla settimana	<input type="checkbox"/>				
	topica	<input type="checkbox"/>	meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>				

3 - nome del principio attivo:	via di somministrazione		frequenza		preparazione		assistenza all'assunzione	
	orale	<input type="checkbox"/>	1 o più volte al giorno	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>
	parenterale	<input type="checkbox"/>	a giorni alterni	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
	rettale	<input type="checkbox"/>	1 o 2 giorni alla settimana	<input type="checkbox"/>				
	topica	<input type="checkbox"/>	meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>				

4 - nome del principio attivo:	via di somministrazione	frequenza	preparazione	assistenza all'assunzione
	orale	1 o più volte al giorno	si	si
	parenterale	a giorni alterni	no	no
	rettale	1 o 2 giorni alla settimana		
	topica	meno di una volta alla settimana		

5 - nome del principio attivo:	via di somministrazione	frequenza	preparazione	assistenza all'assunzione
	orale	1 o più volte al giorno	si	si
	parenterale	a giorni alterni	no	no
	rettale	1 o 2 giorni alla settimana		
	topica	meno di una volta alla settimana		

Utilizza qualche ausilio come occhiali, apparecchio acustico, sedia a rotelle, ecc.? NO SI

Se sì, specificare il tipo di ausilio fornito:

.....

.....

.....

Sta ricevendo qualche tipo di trattamento per la sua salute? NO SI

Se sì specificare quale:

VALUTAZIONE SANITARIA		
	No	Si
1. Diabete insulinodipendente	0	5
2. Scopenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico (≥ 75 mg. Furosemide pro die), alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
3. Cirrosi scompensata e altre forme di ascite con necessità come sopra elencate	0	10
4. Tracheostomia	0	5
5. Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	0	5
6. Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)	0	10
7. Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusionale quotidiana	0	10
8. Catetere vescicale	0	5
9. Ano artificiale e/o ureterostomia	0	5
10. Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica con oppioidi o con elastomero che richiede adeguamento della posologia	0	10
11. Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesione della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche	0	5
12. Respiratore/Ventilazione assistita	<input type="checkbox"/>	
13. Dialisi o dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/>	
14. Presenza di dolore (neoplastico o non neoplastico)	<input type="checkbox"/>	
15. Dipendenza da apparecchiature elettromedicali	<input type="checkbox"/>	
16. Paziente neoplastico allettato	<input type="checkbox"/>	
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA		

S.Va.M.Di. FUNZIONAMENTO E DISABILITÀ

FUNZIONI CORPOREE

Le **funzioni corporee** sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche)
Le **menomazioni** sono problemi nella funzione del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative.

QUALIFICATORE: ESTENSIONE DELLE MENOMAZIONI

- 0 Nessuna menomazione** (assente, trascurabile, 0-4%).
- 1 Menomazione lieve** (leggera, piccola, 5-24%).
- 2 Menomazione media** (moderata, discreta, 25-49%).
- 3 Menomazione grave** (notevole, estrema, 50-95%).
- 4 Menomazione completa** (totale, 96-100%).
- 8 Non specificato** significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.
- 9 Non applicabile** significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

Capitoli, domini e categorie delle funzioni corporee	Qualificatore valori da 0 a 9
B1. FUNZIONI MENTALI	
b110 Coscienza	
b114 Orientamento (tempo, spazio, persona)	
b117 Intelletto (compresi ritardo, demenza)	
b122 Funzioni psicosociali globali	
b126 Funzioni del temperamento e della personalità	
b1263 Stabilità psichica	
b130 Funzioni dell'energia e delle pulsioni	
b1304 Controllo impulsi	
b134 Sonno	
b140 Attenzione	
b144 Memoria	
b147 Funzioni psicomotorie	
b152 Funzioni emozionali	
b1521 Regolazione dell'emozione	
b156 Funzioni percettive	
b160 Funzioni del pensiero	
b164 Funzioni cognitive di livello superiore	
b167 Linguaggio	
b176 Funzione mentale di sequenza dei movimenti complessi	
b180 Funzioni dell'esperienza del sè e del tempo	
B2. FUNZIONI SENSORIALI E DOLORE	
b210 Vista	
b230 Udito	
b235 Funzioni vestibolari (compreso l'equilibrio)	
b280 Dolore	
B3. FUNZIONI DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO	
b310 Voce	
b330 Funzioni della fluidità e del ritmo dell'eloquio	
B4. FUNZIONI DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO	
b410 Cuore	
b420 Pressione sanguigna	
b430 Sistema ematologico (sangue)	
b435 Sistema immunologico (allergie, ipersensibilità)	
b440 Respirazione (respiro)	

B5. FUNZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO	
b515	Digestione
b525	Defecazione
b530	Mantenimento del peso
b545	Equilibrio idrico ed elettrolitico
b550	Termoregolazione
b555	Ghiandole endocrine (alterazioni ormonali)
B6. FUNZIONI GENITOURINARIE E RIPRODUTTIVE	
b620	Funzioni urinarie
b640	Funzioni sessuali
b650	Funzioni mestruali
B7. FUNZIONI NEURO-MUSCOLO-SCHELETRICHE E CORRELATE AL MOVIMENTO	
b710	Mobilità dell'articolazione
b730	Forza muscolare
b735	Tono muscolare
b760	Funzione di controllo del movimento volontario
b765	Movimento involontario
B8. FUNZIONI DELLA CUTE E DELLE STRUTTURE CORRELATE	
b 810	Funzione protettiva della cute (rischio piaghe)
OGNI ALTRA FUNZIONE CORPOREA	

STRUTTURE CORPOREE

Le **strutture corporee** sono le parti anatomiche del corpo come gli organi, gli arti e le loro componenti. Le **menomazioni** sono problemi nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative.

QUALIFICATORE: ESTENSIONE DELLE MENOMAZIONI

- 0 **Nessuna menomazione** (assente, trascurabile, 0-4%).
- 1 **Menomazione lieve** (leggera, piccola, 5-24%).
- 2 **Menomazione media** (moderata, discreta, 25-49%).
- 3 **Menomazione grave** (notevole, estrema, 50-95%).
- 4 **Menomazione completa** (totale, 96-100%).
- 8 **Non specificato** significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.
- 9 **Non applicabile** significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

Capitoli delle strutture corporee	Qualificatore valori da 0 a 9
S1. Strutture del sistema nervoso	
S2. Occhio, orecchio e strutture correlate	
S3. Strutture coinvolte nella voce e nell'eloquio	
S4. Strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e dell'apparato respiratorio	
S5. Strutture correlate all'apparato digerente e ai sistemi metabolico ed endocrino	
S6. Strutture correlate al sistema genitourinario e riproduttivo	
S7. Strutture correlate al movimento	
S8. Cute e strutture correlate	
Ogni altra struttura corporea	

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- 1. documenti scritti
- 2. soggetto interessato
- 3. informazioni fornite da altri
- 4. osservazione diretta

Nome e cognome del compilatore _____

Ruolo _____

Data |__|_| |__|_| |__|_| |__|_|

Firma _____

ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE - FATTORI AMBIENTALI

L'attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo e rappresenta la prospettiva individuale del funzionamento.

La partecipazione è il coinvolgimento di una persona in una situazione reale di vita e rappresenta la prospettiva sociale del funzionamento.

Le limitazioni dell'attività sono le difficoltà che un individuo può incontrare nello svolgere delle attività.

Le restrizioni alla partecipazione sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni della vita.

I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti, in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

Il **qualificatore performance** indica il **grado della restrizione nella partecipazione** descrivendo l'**attuale** performance delle persone in un compito o in un'azione **nel loro ambiente reale**. Poiché l'ambiente reale introduce al contesto sociale, performance può essere intesa come "coinvolgimento in una situazione di vita" o "esperienza vissuta" delle persone nel contesto reale in cui vivono.

Questo contesto include i fattori ambientali - tutti gli aspetti del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti - che possono essere codificati usando la componente Fattori Ambientali. Il qualificatore Performance misura la difficoltà che la persona incontra nel **fare le cose, ammesso che le voglia fare**.

Il **qualificatore capacità** indica il grado di limitazione nell'attività descrivendo l'**abilità della persona** ad eseguire un compito o una azione. Il qualificatore Capacità focalizza l'attenzione sulle limitazioni che sono caratteristiche inerenti o intrinseche delle persone stesse. Queste limitazioni dovrebbero essere manifestazioni dirette dello stato di salute della persona, **senza assistenza**. Per assistenza intendiamo l'aiuto di un'altra persona, o l'assistenza fornita da un veicolo o da uno strumento adattato o appositamente progettato o qualsiasi modificazione ambientale di una stanza, della casa, del posto di lavoro, ecc. Il livello dovrebbe essere valutato relativamente alle capacità normalmente attese per quella persona o alle capacità della persona prima delle attuali condizioni di salute.

QUALIFICATORI DI ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE	
Primo qualificatore: <ul style="list-style-type: none"> • performance • grado di restrizione della partecipazione 	Secondo qualificatore: <ul style="list-style-type: none"> • capacità (senza influenza dell'ambiente o assistenza) • grado di limitazione dell'attività
<p>0 Nessuna difficoltà significa che la persona non presenta il problema.</p> <p>0 Nessun problema (assente, trascurabile, ..., 0-4%).</p> <p>1 Problema lieve (leggera, piccola, ... 5-24%).</p> <p>2 Problema medio (moderato, discreto, ...25-49%).</p> <p>3 Problema grave (notevole, estremo,50-95%).</p> <p>4 Problema completo (totale, 96-100%)</p> <p>8 Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà.</p> <p>9 Non applicabile significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).</p>	

QUALIFICATORI DI FATTORI AMBIENTALI	
Qualificatore nell'ambiente: barriere o facilitatori	
<p>0 Nessuna barriera</p> <p>1 Barriera lieve</p> <p>2 Barriera media</p> <p>3 Barriera grave</p> <p>4 Barriera completa</p> <p>8 Barriera, non specificato</p> <p>9 Non applicabile</p>	<p>0 Nessun facilitatore</p> <p>1 Facilitatore lieve</p> <p>2 Facilitatore medio</p> <p>3 Facilitatore sostanziale</p> <p>4 Facilitatore completo</p> <p>8 Facilitatore non specificato</p> <p>9 Non applicabile</p>
<p>NB: E' possibile inserire fino a 5 codici di Fattori Ambientali per ciascun codice di A&P. Ove fosse necessario inserire Fattori ambientali diversi contenuti nello stesso codice, specificare nello spazio note.</p>	

Fattori Ambientali - Capitoli e Domini

E1. PRODOTTI E TECNOLOGIA	
e110	Prodotti o sostanze per il consumo personale (<i>cibo, farmaci</i>)
e115	Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana
e120	Prodotti per la mobilità e il trasporto personale in ambienti interni e esterni
e125	Prodotti e tecnologia per la comunicazione
e150	Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo
e155	Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzo privato
E2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO	
e225	Clima
e240	Luce
e250	Suono
E3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE	
e310	Famiglia ristretta
e315	Famiglia allargata
e320	Amici
e325	Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità
e330	Persone in posizione di autorità
e340	Persone che forniscono aiuto o assistenza
e355	Operatori sanitari
e360	Altri operatori

E4. ATTEGGIAMENTI	
e410	Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta
e420	Atteggiamenti individuali degli amici
e425	Atteggiamenti di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità
e430	Atteggiamenti delle persone in posizione di autorità
e440	Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto o assistenza
e450	Atteggiamenti individuali di operatori sanitari
e455	Atteggiamenti individuali di altri operatori
e460	Atteggiamenti della società
e465	Norme sociali, costumi e ideologie
E5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE	
e525	Servizi, sistemi e politiche abitative
e535	Servizi, sistemi e politiche di comunicazione
e540	Servizi, sistemi e politiche di trasporto
e540	Servizi, sistemi e politiche di trasporto
e550	Servizi, sistemi e politiche legali
e570	Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali
e575	Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale
e580	Servizi, sistemi e politiche sanitarie
e585	Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione
e590	Servizi, sistemi e politiche del lavoro

FATTORI PERSONALI

Descrizione sintetica di tutti i fattori personali che possono avere un impatto sullo stato funzionale.

[es. stile di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, razza/etnia, orientamento sessuale e beni dell'individuo, rapporti all'interno della famiglia, con la famiglia allargata, con la comunità (la rete sociale), eventuali problematicità: - il carico assistenziale richiesto dal disabile e chi lo sostiene in famiglia - gli ostacoli alla partecipazione alla vita comunitaria e allo sviluppo delle autonomie - gli ausili utilizzati o da prevedere].

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- 1. documenti scritti
- 2. soggetto interessato
- 3. informazioni fornite da altri
- 4. osservazione diretta

Nome e cognome del compilatore _____

Ruolo _____

Data |__|_| |__|_| ||__|_|_|_|_|

Firma _____

S.Va.M.Di. VALUTAZIONE SOCIALE

COGNOME E NOME: _____ **DATA DI NASCITA:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Stato civile: <input type="checkbox"/> 1 celibe/nubile <input type="checkbox"/> 2 coniugato/a <input type="checkbox"/> 3 separato/a <input type="checkbox"/> 4 divorziato/a <input type="checkbox"/> 5 vedovo/a <input type="checkbox"/> 9 non dichiarato Paziente ex OP: <input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 si	Anni di scolarità n. _ _ _ Scuola frequentata: <input type="checkbox"/> 1 materna <input type="checkbox"/> 2 elementare <input type="checkbox"/> 3 media inferiore <input type="checkbox"/> 4 media superiore <input type="checkbox"/> 5 diploma universitario <input type="checkbox"/> 6 laurea <input type="checkbox"/> 7 scuola professionale <input type="checkbox"/> 8 sconosciuta	Istruzione: <input type="checkbox"/> 1 nessuna <input type="checkbox"/> 2 licenza elementare <input type="checkbox"/> 3 licenza media inferiore <input type="checkbox"/> 4 diploma media superiore <input type="checkbox"/> 5 diploma universitario <input type="checkbox"/> 6 laurea <input type="checkbox"/> 7 scuola professionale <input type="checkbox"/> 8 sconosciuta
--	--	---

Esperienza lavorativa <input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 si (specificare) _____ _____	Situazione lavorativa attuale <input type="checkbox"/> 1 lavoro dipendente <input type="checkbox"/> 2 lavoro autonomo <input type="checkbox"/> 3 lavoro non retribuito <i>(es. volontariato)</i> <input type="checkbox"/> 4 studente <input type="checkbox"/> 5 casalingo/a <input type="checkbox"/> 6 pensionato/a <input type="checkbox"/> 7 disoccupato/a (per motivi di salute) <input type="checkbox"/> 8 disoccupato/a (per altri motivi) <input type="checkbox"/> 9 altro (specificare) _____
--	--

CERTIFICAZIONI

Invalidità civile	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	Grado riconosciuto:
Diagnosi di invalidità		
Necessita di accompagnatore per deambulare		
		1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Necessità di assistenza continua		
		1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Minore in difficoltà	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	Cieco assoluto
		1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Minore ipoacusico	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	Sordomuto
		1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Invalidità INAIL		
		1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Persona con disabilità (L. 104/92 art. 3 comma 1)		
		1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Persona con disabilità (L. 104/92 art. 3 comma. 3)		
		1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Condizione di disabilità per inserimento lavorativo (L. 68/99)		
		1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Certificazione L. 104/92 ai fini dell'inserimento scolastico		
		1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Persona inabilitata	Con amministratore di sostegno	Persona interdetta
1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no

Situazione familiare (fattori ambientali: e310 Famiglia ristretta – e315 Famiglia allargata)										
	cognome e nome	parentela ¹	età	professione	indirizzo e telefono	lontananza ²	intensità attivazione attuale	si occupa di ³		
								ADL	iADL	super-visione
1										
2										
3										
4										
5										
6										

Altre persone attive (compreso personale privato) (e340 Persone che forniscono aiuto/assistenza)										
1										
2										
3										

Servizi attivati (e575 Politiche e servizi per il sostegno sociale generale)	
1	3
2	4

¹ Valori da inserire: C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini, C = convivente.

² Valori da inserire: V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora.

³ Indicare con una crocetta se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna).

DOMANDA DI INTERVENTO:

Tipologia della domanda (una sola risposta)

- 1 generica
- 2 interventi domiciliari
- 3 inserimento diurno
- 4 ospitalità temporanea riabilitativa
- 5 altra ospitalità temporanea
- 6 accoglienza in residenza
- 7 assistenza scolastica
- 8 integrazione lavorativa
- 9 altro

La persona è informata della domanda?

- 1 si
- 2 no

Contesto Familiare

- 1 singolo
- 2 famiglia
- 3 struttura residenziale
- 4 altro

Iniziativa della domanda (una sola risposta)

- 1 propria
- 2 familiare o affine
- 3 soggetto civilmente obbligato
- 4 assistente sociale pertinente
- 5 medico MMG
- 6 medico ospedaliero
- 7 tutore
- 8 amministratore di sostegno
- 9 centrale operativa territoriale
- 10 altro (specificare _____)

Medico curante:

Tel.

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:

Cognome e nome _____

Via _____

Comune _____ Prov |__|__|

Telefono _____ Cellulare _____

Grado di parentela _____

SITUAZIONE ABITATIVA

TITOLO DI GODIMENTO (una sola risposta)

- 1 proprietà
- 2 usufrutto
- 3 titolo gratuito
- 4 non proprio, non in affitto
(presso _____)

in affitto da:

- 5a privato
- 5b pubblico

E' in atto lo sfratto esecutivo? si no

DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO (una sola risposta)

rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)

- 1 servita
- 2 poco servita
- 3 isolata

BARRIERE ARCHITETTONICHE (una sola risposta)

- 1 assenti
- 2 solo esterne
- 3 interne

piano: |__|__|
ascensore si no

GIUDIZIO SINTETICO

- 1 **abitazione idonea** (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito)
- 2 **abitazione parzialmente idonea** (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle risorse residue o dei servizi)
- 3 **abitazione non idonea** (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiavano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)

SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE	
Assegno – pensione invalidità civile	€ _ . _ _ _ _ ,00 €
Indennità di accompagnamento	€ _ . _ _ _ _ ,00 €
Assegno / pensione invalidità INPS	€ _ . _ _ _ _ ,00 €
Categoria: _____ n. pensione: _____	
Altre pensioni	€ _ . _ _ _ _ ,00 €
Reddito da lavoro	€ _ . _ _ _ _ ,00 €
Altri redditi	€ _ . _ _ _ _ ,00 €
Indennità di frequenza	€ _ . _ _ _ _ ,00 €
Nessuna risorsa	<input type="checkbox"/>
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€ _ . _ _ _ _ ,00 €
ISEE (Familiare) VALORE ANNUO	€ _ _ _ _ . _ _ _ _ ,00 €
ISEE (individuale) VALORE ANNUO	€ _ _ _ _ . _ _ _ _ ,00 €
Integrazione economica del Comune per l'assistenza:	<input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente sì
NOTE:	

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> documenti scritti | 3. <input type="checkbox"/> informazioni fornite da altri |
| 2. <input type="checkbox"/> soggetto interessato | 4. <input type="checkbox"/> osservazione diretta |

Nome e cognome del compilatore _____

Ruolo _____

Data |_|_| |_|_| || |_|_|_|_|_|

Firma _____

SINTESI DEI PROBLEMI RILEVATI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VERBALE U.V.M.D.

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA: |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

PROFILI DI GRAVITÀ |_|_| |_|_| |_|_|

PROFILI DI FUNZIONAMENTO |_|_| |_|_|

SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.M.D. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI (definizione del progetto complessivo cui concorrono diversi enti e servizi):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

REFERENTE DEL PROGETTO

Nome e cognome _____

Ruolo _____

DATA VERIFICA PROGRAMMATA

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CONVOCATI	PRESENTI	PARTECIPANTI	NOME	FIRMA
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Responsabile U.V.M.D.		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Medico curante		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Assistente sociale		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Esperto / Geriatra		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>			
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>			
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>			

DATA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.D.
--	---

CODIFICA PROGETTO INDIVIDUALE

1 Interventi domiciliari:	
<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare integrata ADI	<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare SAD
<input type="checkbox"/> assegno di sollievo	<input type="checkbox"/> buono servizio per _____
<input type="checkbox"/> ICDp (aiuto personale L.162/98)	<input type="checkbox"/> ICDf (programma Vita Indipendente)
<input type="checkbox"/> ICDp (autonomia personale L.284/97)	
2 <input type="checkbox"/> Centro diurno	3 <input type="checkbox"/> Trasporto
4 <input type="checkbox"/> Integrazione lavorativa	5 <input type="checkbox"/> Progetto inserimento sociale lavorativo
6 <input type="checkbox"/> Assistenza scolastica	7 <input type="checkbox"/> Ausili
7 Residenzialità	<input type="checkbox"/> Comunità Alloggio <input type="checkbox"/> R.S.A. <input type="checkbox"/> Comunità Residenziale <input type="checkbox"/> Altro
9 <input type="checkbox"/> Altro _____	

Aggiornamenti* alla Scheda approvata con Allegato A della DGR 2960/2012

Pagina	Titolo originale (allegato A DGR 2960/2012)	Titolo modificato
2	VALUTAZIONE SANITARIA	SITUAZIONE SANITARIA
3	ASSISTENZA INFERMIERISTICA	VALUTAZIONE SANITARIA
4	VALUTAZIONE FUNZIONALE	FUNZIONAMENTO E DISABILITÀ
4	PARTE 1A - MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI CORPOREE	FUNZIONI CORPOREE
4	Breve lista delle funzioni corporee	Capitoli, domini e categorie delle funzioni corporee
5	PARTE 1B - MENOMAZIONI DELLE STRUTTURE CORPOREE	STRUTTURE CORPOREE
5	Breve lista delle strutture corporee	Capitoli delle strutture corporee
6	PARTE 2 - 3: LIMITAZIONI DELL'ATTIVITÀ / RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE E FATTORI AMBIENTALI	ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE - FATTORI AMBIENTALI
7	d169 Scrivere	d170 Scrivere
7	d179 d175	d175 d179
7-9	Breve lista di dimensioni	Attività e partecipazione - Capitoli e Domini
7-9	Fattori Ambientali CODICI E QUALIFICATORI	Fattori Ambientali - Domini selezionati
7-9	Attività e Partecipazione	Attività e Partecipazione. Costrutti dei qualificatori:
10	Breve lista di fattori Ambientali	Fattori Ambientali - Capitoli e Domini
11	PARTE 4: ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTESTO	FATTORI PERSONALI
17	<input type="checkbox"/> aiuto personale L.162/98 <input type="checkbox"/> autonomia personale L.284/97 <input type="checkbox"/> programma Vita Indipendente	<input type="checkbox"/> ICDp (aiuto personale L.162/98) <input type="checkbox"/> ICDp (autonomia personale L.284/97) <input type="checkbox"/> ICDf (programma Vita Indipendente)

* La tabella illustra l'elenco e la posizione degli aggiornamenti introdotti, che non modificano la struttura della Scheda in quanto sono di natura meramente semantica ed hanno lo scopo di allineare le titolazioni dei paragrafi di SVaMDi con il linguaggio di ICF utilizzato nel compendio in Allegato A.