



Distretto Socio Sanitario N° 9
Bassa Bresciana Centrale
Piazza Donatori di Sangue, 1 – 25024 Leno (BS)
Telefono 030 / 9078483 - Fax 030 / 9037499

Leno, li

All' Ufficio Unità di Valutazione Multidimensionale
Distretto Socio Sanitario n. 9 - LENO

SCHEMA DI VALUTAZIONE del MEDICO di MEDICINA GENERALE

Signor/a _____ sesso M F tessera sanitaria _____
nato/a a _____ il _____ comune di residenza _____
domicilio _____ tel _____ cell _____

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)
- 4) **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).

1. **Cardiaca** (solo cuore)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5
2. **Ipertensione** (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5
3. **Vascolari** (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5
4. **Respiratorie** (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5

5. **O.O.N.G.L.** (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5
6. **Apparato G.I. Superiore** (esofago, stomaco, duodeno,
albero biliare, pancreas)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5
7. **Apparato G.I. Inferiore** (intestino, ernie)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5
8. **Epatiche** (solo fegato)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5
9. **Renali** (solo rene)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5
10. **Altre patologie Genito-urinarie** (ureteri, vescica, uretra, prostata,
genitali)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5
11. **Sistema Muscolo-Scheletro-Cute** (muscoli, scheletro, tegumenti)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5
12. **Sistema Nervoso Centrale e Periferico** (non include la demenza)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5
13. **Endocrine – metaboliche** (include diabete, infezioni, stati tossici)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5
14. **Psichiatrico – comportamentali** (demenza, depressione, ansia,
agitazione, psicosi)
diagnosi _____ 1 2 3 4 5

TERAPIE SIGNIFICATIVE in ATTO

| ULTERIORI ELEMENTI di INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO | | | |
|--|---|---------------------|----------------------------|
| Neoplasia maligna | no [1] | sì [2] | |
| AIDS | no [1] | sì [2] | |
| Malattia progressiva S.N.C. | no [1] | sì [2] | |
| Accidenti cerebrali: | no [1] | recenti [2] | pregressi [3] |
| | Esiti: afasia [1] disfasia [2] emi [1] para [2] tetra [3] paresi [1] plegia [2] | | |
| Trauma/intervento chirurgico | no [1] | fratture femore [2] | altre fratture [3] |
| | protesi anca [4] interventi chirurgici [5] altro [6] | | |
| Lesioni da decubito | no [1] | sì [2] | |
| Dipendenza | no [1] | alcool [2] | stupefacenti [3] altro [6] |

_____ (data)

_____ (timbro e firma del Medico)

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

VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA

| FUNZIONE | indipendente | con aiuto | dipendente |
|----------------------------------|--------------|-----------|------------|
| camminare in piano | [1] | [2] | [3] |
| salire e scendere le scale | [1] | [2] | [3] |
| spostarsi dalla sedia al letto | [1] | [2] | [3] |
| sedersi ed alzarsi dal wc | [1] | [2] | [3] |
| controllo della defecazione | [1] | [2] | [3] |
| controllo della minzione | [1] | [2] | [3] |
| mangiare | [1] | [2] | [3] |
| vestirsi | [1] | [2] | [3] |
| toilette personale | [1] | [2] | [3] |
| fare il bagno | [1] | [2] | [3] |
| ASPETTI PSICOSENSORIALI | integra | limitata | assente |
| capacità di autogoverno | [1] | [2] | [3] |
| capacità di comunicare | [1] | [2] | [3] |
| vista | [1] | [2] | [3] |
| udito | [1] | [2] | [3] |
| Disturbi di comportamento | assenti | lievi | gravi |
| | [1] | [2] | [3] |

Problemi socio-ambientali che motivano l'assistenza domiciliare _____

GIUDIZIO SINTETICO

Autosufficiente Non Autosuf. Parziale Non Autosuf. Totale Evoluzione clinica rapida

| | | | |
|------------------|--|---------------------------------------|----------------------------------|
| RICHIESTA | nuova attivazione <input type="checkbox"/> | variazione <input type="checkbox"/> | |
| ACCESSI PROPOSTI | settimanali <input type="checkbox"/> | quindicinali <input type="checkbox"/> | mensili <input type="checkbox"/> |
| | _____ | _____ | |
| | (data) | (timbro e firma del Medico) | |

SPAZIO RISERVATO all'ASL

PROGRAMMA APPROVATO si no

ACCESSI AUTORIZZATI settimanali quindicinali mensili

DATA INIZIO ____/____/_____/ DATA SCADENZA ____/____/_____/

(timbro e firma)