

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI

Scheda di Valutazione (SVaMA semplificata)

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||

Codice Fiscale |_|_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
(da compilare a cura del medico curante)

	Descrizione della patologia	Codice ICPC
Prima patologia		_ _ _
Eventuale patologia concomitante		_ _ _
Eventuale 2ª patologia concomitante		_ _ _

ELEMENTI DI VALUTAZIONE

TOTALE PUNTEGGIO |_|_|

	Valutazione e punteggio		
Situazione Cognitiva	<input type="checkbox"/> 1 Lucido	<input type="checkbox"/> 2 Confuso	<input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso
Problemi comportamentali	<input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> 2 Moderati	<input type="checkbox"/> 3 Gravi
Situazione Funzionale	<input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi	<input type="checkbox"/> 2 Dipendente	<input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente
Barthel Mobilità	<input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo	<input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non si sposta
Supporto rete sociale	<input type="checkbox"/> 1 Ben assistito	<input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non assistito
Necessità assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> 1 Bassa	<input type="checkbox"/> 2 Intermedia	<input type="checkbox"/> 3 Elevata

L'utente è in possesso di ulteriore valutazione su scala:

- CIRS no si PUNTEGGIO |_|_|
- CIDRs no si PUNTEGGIO |_|_|
- ICF no si PUNTEGGIO |_|_|

1) Trattasi di persona in condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza h24
(descrivere i fattori che ne determinano tale stato)

2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: sì no

PAI sanitario in essere/proposto: _____

Ente di appartenenza	Ruolo	Firma
ASReM - Distretto Sanitario di	Direttore o suo delegato	
ASReM - Distretto Sanitario di	Medico UVM	
ATS di	Direttore e/o Coordinatore	
ATS di	Assistente sociale	
ASReM	Medico di Medicina Generale	

Luogo _____ data _____