

SCHEDA di VALUTAZIONE del MEDICO di MEDICINA GENERALE

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

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);

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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	si ②		
AIDS:	no ①	si ②		
Mal. Progressiva S.N.C.:	no ①	si 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 ⑨
Lesioni da decubito:	no ①	si ②		
Dipendenza:	no ①	alcool ②	stupefacenti ③	altro ⑨

(data)

(timbro e firma del Medico)

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

VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA	<u>FUNZIONE</u>	indipendente	con aiuto	dipendente
		CAMMINARE in PIANO	①	②
	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
	<u>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</u>	integra	limitata	assente
	CAPACITA' di AUTOGOVERNO	①	②	③
	CAPACITA' di COMUNICARE	①	②	③
	VISTA	①	②	③
	UDITO	①	②	③
	DISTURBI di COMPORTAMENTO	assenti ①	lievi ②	gravi ③
PROBLEMI SOCIO-AMBIENTALI che motivano l'assistenza domiciliare _____				
<u>GIUDIZIO SINTETICO:</u>				
AUTosufficiente ☐ Non Autosuf. Parziale ☐ Non Autosuf. Totale ☐ Evolutività clinica rapida ☐				

RICHIESTA	nuova attivazione ☐	variazione ☐
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)		

SCHEDA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
per l'attività dell'Unità di Valutazione MultiDimensionale
(da allegare alla scheda di valutazione medica)

Signor/a _____

SERVIZI PROPOSTI

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

☐ Problema/i in atto _____

☐ Valutazione e/o intervento _____

☐ Intervento estemporaneo ☐ Intervento continuativo dal _____ al _____

da eseguirsi presso: ☐ ambulatorio (ove disponibile) ☐ domicilio per pazienti non deambulabili

☐ Terapie	tipo di farmaco	posologia	via di somministrazione	durata	controllo	educazi.	somminis.
	_____	_____	_____	_____	☐	☐	☐
	_____	_____	_____	_____	☐	☐	☐
	_____	_____	_____	_____	☐	☐	☐
	_____	_____	_____	_____	☐	☐	☐
	_____	_____	_____	_____	☐	☐	☐

☐ Medicazione: sede/i _____

tipo di lesione/i _____

☐ come da protocollo per trattamento lesioni cutanee (ove esistente)

☐ altro _____

Note _____

VALUTAZIONI / INTERVENTI MIRATI

☐ Riabilitazione domiciliare Motivo: _____

☐ Geriatra _____

☐ Altro _____

SUPPORTO SOCIO-ASSISTENZIALE

☐ *Aiuto alla persona*

☐ Cure igieniche parziali

☐ Bagno assistito

☐ Aiuto domestico

☐ Pasti a domicilio

☐ Commissioni varie (spesa, farmacia)

☐ *Sostegno alla famiglia*

☐ *Pratiche di segretariato sociale*

☐ _____

☐ _____

Problema/i in atto: _____

FORNITURA TEMPORANEA AUSILI (dove disponibili)

☐ Letto articolato

☐ Sedia comoda

☐ _____

☐ Sponde

☐ Carrozzina pieghevole

☐ _____

☐ Materasso antidecubito

☐ Bastoni canadesi

☐ _____

☐ Archetto alzacoperse

☐ Deambulatore

☐ _____

☐ Piantana per flebo

☐ **ATTIVAZIONE TELESOCORSO** (dove disponibile)

INSERIMENTO in STRUTTURE RESIDENZIALI o SEMIRESIDENZIALI

☐ Centro Diurno Integrato

Motivo: _____

☐ Appartamento Protetto

☐ Ricovero di Sollievo

☐ Istituto di Riabilitazione

☐ Residenza Sanitaria Assistenziale

☐ _____

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE per ACCESSI del M.M.G. in regime di A.D.I.

Come da allegato H contratto collettivo nazionale

Motivo della richiesta:

Intervento proposto:

Frequenza proposta: _____

(data)

(timbro e firma del Medico)