



**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) **Cardiaca** (solo cuore) \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤
- 2) **Ipertensione** (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤
- 3) **Vascolari** (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤
- 4) **Respiratorie** (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤
- 5) **O.O.N.G.L.** (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤
- 6) **Apparato G.I. Superiore** (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤
- 7) **Apparato G.I. Inferiore** (intestino, ernie) \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤
- 8) **Epatiche** (solo fegato) \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤
- 9) **Renali** (solo rene) \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤
- 10) **Altre Patologie Genito-urinarie** (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤
- 11) **Sistema Muscolo-Scheletro-Cute** (muscoli, scheletro, tegumenti) \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤
- 12) **Sistema Nervoso Centrale e Periferico** (non include la demenza) \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤
- 13) **Endocrine - metaboliche** (include diabete, infezioni, stati tossici) \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤
- 14) **Psichiatrico-comportamentali** (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
DEAMBULAZIONE	<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"/>
LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE	<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"/>
SCALE	<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"/>
TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	<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"/>
USO DEL WC	<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"/>
CONTINENZA INTESTINALE	<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"/>
CONTINENZA URINARIA	<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"/>
ALIMENTAZIONE	<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"/>
VESTIRSI	<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"/>
IGIENE PERSONALE	<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"/>
BAGNO/DOCCIA	<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>DISTURBI DI COMPORTAMENTO</u>	Grave	Moderato	lieve	assente	non rilevato	
CONFUSIONE	<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"/>	
IRRITABILITA'	<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"/>	
IRREQUIETEZZA	<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>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</u>	assente	limitata	integra	non rilevato		
CAPACITA' DI COMUNICARE	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="9"/>		
VISTA	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="9"/>		
UDITO	<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/PLS in regime di ADP**

Come da 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)