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	❒ **1** Lucido	❒ **2** Confuso	❒ **3** Molto confuso, stuporoso
Problemi comportamentali	❒ **1** Assenti/Lievi	❒ **2** Moderati	❒ **3** Gravi
Situazione Funzionale	❒ **1** Autonomo o quasi	❒ **2** Dipendente	❒ **3** Totalmente dipendente
Barthel Mobilità	❒ **1** Si sposta da solo	❒ **2** Si sposta assistito	❒ **3** Non si sposta
Supporto rete sociale	❒ **1** Ben assistito	❒ **2** Parzialmente assistito	❒ **3** Non assistito
Necessità assistenza sanitaria	❒ **1** Bassa	❒ **2** Intermedia	❒ **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 _____

COMUNE DI BOJANO
Protocollo Arrivo N. 17362/2024 del 09-10-2024
Allegato 17 - Copia Documento