

Terapia in atto:

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

- grave deficit visivo (anche con correzione)
- grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota

DEAMBULAZIONE:

- normale
- cammina con aiuto o assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota

INCONTINENZA

- si no
- Urinaria saltuaria permanente
- Fecale saltuaria permanente
- Catetere vescicale

Nota

ALIMENTAZIONE

- autonoma
- deve essere imboccato
- presenta disfagia

Presenza di magrezza patologica si no
Presenza di obesità patologica si no

Nota

ALLERGIE _____

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Alimentazione parenterale | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| SNG/PEG | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Tracheostomia | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Respiratorie/Ventilazione assistita | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Dialisi | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Ulcere da decubito | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Gestione stomia (colon o altre) | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione) | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Gestione C.V.C. | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Gestione terapia con microinfusori/elastomeri | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Gestione cateterismo peridurale | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Drenaggi | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Trattamento riabilitativo post acuto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Altro (specificare) _____

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____ / ____ / ____

**Timbro e firma leggibile
MMG/Medico Curante**

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

La presente "Scheda Informativa Sanitaria" contiene dati di natura clinica e deve essere allegata alla Domanda U.V.G. (MODDAD901) per completare la richiesta di valutazione all'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) della propria ASL di residenza, da parte degli assistiti anziani non autosufficienti. L'U.V.G. è una Commissione composta da medici, infermieri, assistenti sociali ed eventuali altre figure professionali, con compiti sia sanitari che sociali, ritenute opportune per il singolo caso. L'interessato può farsi assistere dal proprio medico di famiglia in sede di valutazione.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La "Scheda Informativa Sanitaria" deve essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale dell'interessato o, in caso di ricovero, dal Medico ospedaliero.

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo, allegato alla Domanda UVG (MODDAD901) può essere:

- Consegnato a: Sportello Unico Distrettuale per i Distretti di Cuneo-Borgo San Dalmazzo- Dronero – P.A.S.S. per i Distretti di Mondovì e Ceva - Unità Minime Locali del Consorzio Socio-Assistenziale Monviso Solidale per i Distretti di Savigliano-Fossano e Saluzzo. Tali sedi forniscono informazioni sulle modalità di presentazione della domanda e avviano la procedura di valutazione;
- spedito per posta, telefax, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it , indicando il Distretto di residenza;
- firmato digitalmente e trasmesso mediante invio telematico da PEC all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it , indicando il Distretto di residenza.

Avvertenze

- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

MODALITÀ DI INTERVENTO

L'U.V.G. valuta il livello di non autosufficienza e le necessità assistenziali dell'anziano e quindi individua la risposta adeguata nell'ambito della rete dei servizi territoriali di tipo domiciliare, semiresidenziale o residenziale.

TEMPO DI RISPOSTA:

Modulo allegato alla domanda di Valutazione Geriatrica (MODDAD901):

90 gg. - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it

RIFERIMENTI/LINK

Distretti	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/unita-valutazione-geriatrica-uvg/
-----------	---