

### Richiesta Attivazione della Unità Valutativa Multidisciplinare (U.V.M.)

- Anziani       Disabilità

#### Soggetto richiedente / equipe inviante

- |                                                      |                   |            |  |
|------------------------------------------------------|-------------------|------------|--|
| <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale |                   | Nominativo |  |
| <input type="checkbox"/> Medico                      | Servizio/P.O.     | Nominativo |  |
| <input type="checkbox"/> Assistente Sociale          | Comunità di Valle | Nominativo |  |
| <input type="checkbox"/> Infermiere                  | Servizio          | Nominativo |  |
| <input type="checkbox"/> Altro                       | Servizio          | Nominativo |  |

**rilevata la presenza di bisogni socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria nei confronti del**

Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_  
 nato/a a: \_\_\_\_\_ (    ) : il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 residente a: \_\_\_\_\_ (    ) in via: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Recapito dell'Utente al momento della domanda: \_\_\_\_\_

Codice sanitario \_\_\_\_\_ Esenzione ticket \_\_\_\_\_  
 Diagnosi \_\_\_\_\_

#### Dati dei familiari / soggetti di riferimento

Nominativo \_\_\_\_\_ rapporto di parentela: \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ (    ) in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

#### Soggetti da coinvolgere in UVM (oltre al MMG/PLS e Assistente Sociale)

Servizio _____	Nominativo _____	Recapito _____
Servizio _____	Nominativo _____	Recapito _____
Altro _____	Nominativo _____	Recapito _____
Persona interessata _____	Nominativo _____	Recapito _____
Familiare _____	Nominativo _____	Recapito _____

*Si richiede una valutazione multiprofessionale, multidimensionale e l'individuazione del progetto individualizzato d'intervento.*

#### PROPOSTA INDICATIVA

- |                                                                                         |   |                                  |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Ingresso in R.S.A.                                             |   | 1° preferenza                    |               |
| <input type="checkbox"/> Ingresso temporaneo in R.S.A. in posto letto di sollievo       |   | 2° preferenza                    |               |
| <input type="checkbox"/> ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)                         |   |                                  |               |
| <input type="checkbox"/> ADI Cure Palliative                                            |   | <input type="checkbox"/> Hospice |               |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno Anziani/ Alzheimer                               | } | {                                | 1° preferenza |
| <input type="checkbox"/> Struttura semiresidenziale per disabili ( <i>specificare</i> ) |   |                                  | 2° preferenza |
| <input type="checkbox"/> Struttura residenziale per disabili ( <i>specificare</i> )     |   |                                  |               |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                                                    |   |                                  |               |

#### In caso di utente ricoverato in unità operativa per acuti

Lungodegenza:     richiesta     non richiesta    prevista per il: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dimissione programmata per il giorno: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Allega la documentazione di propria competenza prevista dalla Scheda di Valutazione Multidimensionale (S.V.M.) , il modulo di Consenso per la valutazione U.V.M. e l'informativa al trattamento dei dati personali; per UVM Disabilità allega, inoltre, check list bisogni di assistenza per problemi comportamentali (allegato M), check list bisogni di assistenza sanitaria (allegato N), IADL

Per informazioni o chiarimenti recapito telefonico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_