

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