

# 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		
<b>Situazione Cognitiva</b>	<input type="checkbox"/> 1 Lucido	<input type="checkbox"/> 2 Confuso	<input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso
<b>Problemi comportamentali</b>	<input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> 2 Moderati	<input type="checkbox"/> 3 Gravi
<b>Situazione Funzionale</b>	<input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi	<input type="checkbox"/> 2 Dipendente	<input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente
<b>Barthel Mobilità</b>	<input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo	<input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non si sposta
<b>Supporto rete sociale</b>	<input type="checkbox"/> 1 Ben assistito	<input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non assistito
<b>Necessità assistenza sanitaria</b>	<input type="checkbox"/> 1 Bassa	<input type="checkbox"/> 2 Intermedia	<input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_