

(da compilare anche se trattasi di indirizzo abituale)
SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'UTENTE
 (ai fini dell'attivazione di assistenza domiciliare)

COGNOME:		NOME:		COD. NOS.:					
VALUTAZIONE INIZIALE: <input type="checkbox"/>				RIVALUTAZIONE: <input type="checkbox"/>					
				PER VARIAZIONE CONDIZIONE PAZIENTE					
AUTONOMIA	<input type="checkbox"/>	Autonomo			PRESENZA DI DISTURBI COMPORTAMENTALI	<input type="checkbox"/>	Assenti o lievi		
	<input type="checkbox"/>	Parzialmente dipendente				<input type="checkbox"/>	Moderati		
	<input type="checkbox"/>	Totalmente dipendente				<input type="checkbox"/>	Gravi		
GRADO DI MOBILITA'	<input type="checkbox"/>	Si sposta da solo (anche con l'aiuto di ausili)			SUPPORTO SOCIALE	<input type="checkbox"/>	Presente		
	<input type="checkbox"/>	Si sposta assistito				<input type="checkbox"/>	Parziale/temporaneo		
	<input type="checkbox"/>	Non si sposta				<input type="checkbox"/>	Non presente		
PRESENZI DI DISTURBI COGNITIVI	<input type="checkbox"/>	Assenti o lievi							
	<input type="checkbox"/>	Moderati							
	<input type="checkbox"/>	gravi							
BISOGNI RILEVATI (crocettare il solo bisogno rilevato)									
Rischio infettivo	<input type="checkbox"/>	E.C.G.			<input type="checkbox"/>				
Bronco aspirazione - drenaggio posturale	<input type="checkbox"/>	Telemetria			<input type="checkbox"/>				
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/>	Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolo/infusionale			<input type="checkbox"/>				
Ventiloterapia	<input type="checkbox"/>	Gestione catetere centrale			<input type="checkbox"/>				
Tracheotomia	<input type="checkbox"/>	Trasfusioni			<input type="checkbox"/>				
Alimentazione assistita	<input type="checkbox"/>	Controllo del dolore			<input type="checkbox"/>				
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/>	Bisogni assistenziali per terminalità oncologica			<input type="checkbox"/>				
Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/>	Bisogni assistenziali per terminalità non oncologica			<input type="checkbox"/>				
Gestione della stomia	<input type="checkbox"/>	Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità			<input type="checkbox"/>				
Manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinale	<input type="checkbox"/>	Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità			<input type="checkbox"/>				
Assistenza per l'alterazione sonno/sveglia	<input type="checkbox"/>	Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità			<input type="checkbox"/>				
Interventi di educazione terapeutica	<input type="checkbox"/>	Supervisione continua di utenti con disabilità			<input type="checkbox"/>				
Cura di ulcere cutanee di I e II grado	<input type="checkbox"/>	Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità			<input type="checkbox"/>				
Cura di ulcere cutanee di III e IV grado	<input type="checkbox"/>	Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità			<input type="checkbox"/>				
Prelievi venosi non occasionali	<input type="checkbox"/>	Supporto al care giver			<input type="checkbox"/>				
Data valutazione									
Firma e timbro del medico					Firma ROAD				