

AZIENDA ULSS: \_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**S.Va.M.A. SEMPLIFICATA**

Cognome e nome:

nato/a a

Data di nascita:

codice fiscale

residente in

**PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

|                                     | Descrizione della patologia | Codice ICPC |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------|
| Prima patologia                     |                             |             |
| Eventuale patologia concomitante    |                             |             |
| Eventuale 2a patologia concomitante |                             |             |

OBIETTIVI , NOTE

ELEMENTI DI VALUTAZIONE

TOTALE PUNTEGGIO 

| Valutazione e punteggio         |  |   |   |
|---------------------------------|--|---|---|
| Situazione Cognitiva            | <input type="checkbox"/> 1 Lucido            | <input type="checkbox"/> 2 Confuso                | <input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso |
| Problemi comportamentali        | <input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi     | <input type="checkbox"/> 2 Moderati               | <input type="checkbox"/> 3 Gravi                    |
| Situazione funzionale           | <input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi  | <input type="checkbox"/> 2 Dipendente             | <input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente    |
| Barthel Mobilita'               | <input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo | <input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito    | <input type="checkbox"/> 3 Non si sposta            |
| Supporto rete sociale (3)       | <input type="checkbox"/> 1 Non assistito     | <input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito | <input type="checkbox"/> 3 Ben assistito            |
| Necessita' assistenza sanitaria | <input type="checkbox"/> 1 Bassa             | <input type="checkbox"/> 2 Intermedia             | <input type="checkbox"/> 3 Elevata                  |

IL MMG

l'assistente sociale

Data