



## SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'UTENTE

(ai fini dell'attivazione di assistenza domiciliare)

<b>Autonomia</b>	<input type="checkbox"/>	Autonomo
	<input type="checkbox"/>	Parzialmente dipendente
	<input type="checkbox"/>	Totalmente dipendente
<b>Grado di mobilità</b>	<input type="checkbox"/>	Si sposta da solo (anche con l'aiuto di ausili)
	<input type="checkbox"/>	Si sposta assistito
	<input type="checkbox"/>	Non si sposta
<b>Presenza di disturbi cognitivi</b>	<input type="checkbox"/>	Assenti o lievi
	<input type="checkbox"/>	Moderati
	<input type="checkbox"/>	Gravi
<b>Presenza di disturbi comportamentali</b>	<input type="checkbox"/>	Assenti o lievi
	<input type="checkbox"/>	Moderati
	<input type="checkbox"/>	Gravi
<b>Supporto sociale</b>	<input type="checkbox"/>	Presente
	<input type="checkbox"/>	Parziale/temporaneo
	<input type="checkbox"/>	Non presente

### BISOGNI RILEVATI (crocettare il solo bisogno rilevato)

<input type="checkbox"/>	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/veglia	<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

Firma e timbro del medico

Data valutazione

**SPAZIO RISERVATO ALLA AUSL**

**SINTESI DEL PAI**

Programma assistenziale concordato ed eventuali supporti	<input type="checkbox"/>	Prestazioni aggiuntive	
	<input type="checkbox"/>	Consulti con specialisti (specificare)	
	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	
	<input type="checkbox"/>	Assistenza infermieristica	n. accessi mensili
	<input type="checkbox"/>	Assistenza sociale di base a rilievo sanitario	n. ore settimanali
		N. accessi settimanali MMG	
Data Intesa		Firma ROAD	
Data Scadenza			