



# Dipartimento Integrazione Socio-Sanitario

U.O.C. Integrazione Socio-Sanitaria,

via Pindemonte, 88 Palermo

## RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE A DOMICILIO

**ORIENTAMENTO**

**MMG/PLS**

- Cure Domiciliari Integrate ADI       Ospedale Di Comunità OdC  
 Cure Palliative Domiciliari di Base       RSA  
 Cure Palliative Domiciliari Specialistiche       HOSPICE  
 Altro.....       SUAP

Cognome	Nome	Età
Luogo e data di Nascita	Codice Fiscale	
Domicilio	Via/Piazza	
Residenza	Via/Piazza	
Telefono/Cellulare	Email	
Persona di riferimento	Telefono/Cellulare	

Patologia prevalente: .....

Patologie concomitanti: .....

Problemi attivi: .....

Prestazioni necessarie:

<input type="checkbox"/> Medicazione ulcere	<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Medicazione ferita chirurgica complicata
<input type="checkbox"/> Gestione stomie	<input type="checkbox"/> SNG/PEG	<input type="checkbox"/> Ossigeno terapia a lungo termine OLT
<input type="checkbox"/> Terapia infusioneale	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Gestione catetere vescicale
<input type="checkbox"/> Terapia antalgica	<input type="checkbox"/> Nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/> Gestione catetere centrale
<input type="checkbox"/> Altro .....	<input type="checkbox"/> Consulenza team nutrizionale territoriale TNT	

Necessita di interventi sociali no  si       Valutazione dolore NRS  (scala numerica da 0 a 10)      Scheda SIT  (solo in caso di ospitalità OdC)

SI ALLEGA:  SVAMA  Allegato 1 (solo in caso di cure palliative)

MMG/PLS .....	Distretto di appartenenza N° .....
RICEVIMENTO	giorno      orario
	lunedì      _____
	martedì      _____
	mercoledì      _____
	giovedì      _____
venerdì      _____	
	Ambulatorio via .....
	Tel./Cell. ....
	Email .....

SI DICHIARA CHE L'ASSISTITO:

- usufruisce (in atto di altro tipo di assistenza domiciliare)  
 non usufruisce

**Firma, timbro e codice regionale del medico**

Data .....