

 REGIONE CAMPANIA	S.V.A.M.Di. SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - DISABILI SCHEDA A VALUTAZIONE SANITARIA PER L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nome e Cognome _____ Data di Nascita ____/____/____

CODICE FISCALE																									
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									
N. Tessera Sanitaria																									
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									
HANDICAP (L 104/92)				INVALIDITÀ CIVILE				ACCOMPAGNA- MENTO (L 18/80)																	
NO	IN CORSO	SI	Situazione di gravità	NO		NO	SI	≥ 33%	≥ 46%		NO	SI													
				SI				≥ 66%	100																
Residenza: Domicilio: Comune: Prov.: Recapiti telefonici:																									

DATI BIO - ANTROPOMETRICI

data	Peso in kg	Altezza in m	IMC	PA mm/Hg	FC bpm	FR a/m

TAB. 1 CONDIZIONI PATOLOGICHE										
Ritardo Mentale	SI	NO		Demenza	SI	NO		Disturbo Psichiatrico	SI	NO

TAB. 2 - FUNZIONI CORPOREE						
Categorie	Codice	Qualificatore		Categorie	Codice	Qualificatore
Funzioni intellettive	b117			Deglutizione	b5105	
Funzioni psicosociali globali	b122			Continenza fecale	b5253	
Recepire il linguaggio	b1670			Continenza urinaria	b6202	
Espressione del linguaggio	b1671			Funzioni della mobilità articolare	b710	
Funzioni della vista	b210			Funzioni della forza muscolare	b730	
Funzioni uditive	b230			Funzioni del tono muscolare	b735	
Sensazione di dolore	b280			Funzioni del movimento involontario	b765	
Tolleranza dell'esercizio fisico	b455			Funzioni del pattern dell'andatura	b770	
Masticazione	b5102			Funzioni protettive della cute	b810	

Se in qualsiasi FUNZIONE dovesse rilevarsi un qualificatore ≥ 3 compilare la Tab. 4 – Scheda ISM

TAB 3 - FATTORI AMBIENTALI					
UTILIZZA AUSILI TECNICI PER LA FUNZIONE:			È IN TERAPIA FARMACOLOGICA CON:		
Cardiaca		Respiratoria	Antiepilettici		Antidolorifici
Digerente		Renale	Antipsicotici		Antineoplastici
Motoria		Comunicativa	Antidiabetici		Altro
È ASSISTITO CON CONTINUITÀ DA:			HA UNA DIPENDENZA DA:		
Familiare/i		Caregiver	Alcool		Altre sostanze

Se risulta l'utilizzo di ausili, compilare la Tab.4-ISM.

TAB. 4 – SCHEDA INDICE DI SEVERITÀ DELLA MALATTIA- ISM da compilare se l'assistito presenta un livello di gravità' ≥ 3 nella tabella 2		
	PATOLOGIA	Classe ISM
a	Cardiopatía organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie	
b	Cardiopatía ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemia	
c	Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatía organica ed ischemica	
d	Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es. cuore polmonare cronico, insufficienza renale	
e	Ipertensione arteriosa	
f	Accidenti vascolari cerebrali	
g	Vasculopatie periferiche	
h	Diabete Mellito	
h1	Malattie endocrine	
i	Malattie respiratorie	
l	Neoplasie maligne	
m	Malattie epato-biliari	
n	Malattie renali	
o	Malattie osteo-articolari	
p	Malattie gastrointestinali	
q	Malnutrizione	
r	Parkinsonismi	
s	Depressione	
s1	Malattie mentali: tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione	
t	Deterioramento mentale	
u	Anemia	
v	Deficit sensoriali	
x	Piaghe da decubito	
z	Altro	

INDICE DI SEVERITÀ DELLE MALATTIE (ISM) – CLASSE DI COMORBILITÀ (QUADRO CONCLUSIVO)			
0	Nessuna patologia con ISM > 2	2	1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM ≤ 2
1	1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM ≤ 1	3	2 o più patologie con ISM = 3 o 1 pat. con ISM = 4

ANNOTAZIONI: _____

TAB. 5 PROPOSTA INVIO REGIME ASSISTENZIALE			
	AMBULATORIALE		DOMICILIARE
	SEMIRESIDENZIALE		RESIDENZIALE

Data ____/____/____

MMG. Timbro e Firma
