

Azienda Sanitaria di _____
Unità di Valutazione Territoriale
Verbale n° _____ del _____

Progetto "Ritornare a casa" DGR n. 42/12 19 luglio 2009 e s.m.i.

1° ANNUALITA' - RINNOVO

Cognome/Nome	Luogo e data nascita	Residenza

Sintesi dei problemi socio sanitari attuali rilevati

Scale di valutazione:

- Bernardini et al. : Classe **0** **1** **2** **3** **4** **5**
- ADL : Classe **0** **1** **2** **3**
- SPMSQ : **> 5** **10**
- CIRS : **Indice severità a 14 item** **Indice comorbilità a 14 item**
- Karnofsky : **10** **20** **30** **40** **50**
- CDRs : **3** **4** **5**

Obiettivi:

- Permanenza a domicilio

Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale, l'unità di valutazione territoriale distrettuale prende le seguenti decisioni:

- Si approva il progetto allegato con livello assistenziale MOLTO ELEVATO:
- Sclerosi Laterale Amiotrofica
 - Patologia degenerativa non reversibile in soggetto con:
 - coma irreversibile
 - patologia degenerativa non reversibile in ventilazione meccanica assistita a permanenza 24 h
 - assistito dimesso da strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario
 - assistito in fase terminale della vita
 - assistito con grave patologia degenerativa avanzata (SM etc..)
 - assistito portatore di demenza terminale (CDRs 5)
 - non si approva il progetto allegato (*assistito non rientrante nelle categorie previste dalla Deliberazione RAS 28/12 - 2009*)

Convocati	Presenti	Partecipanti	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Responsabile UVT		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Medico di Distretto		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Medico di Medicina Generale		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Coordinatore Infermieristico ASL		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Ass. Sociale ASL		
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Ass. Sociale Comune		
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	Segretario		
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	Utente/Tutore/Amm. sostegno		

Consenso informato **SI** **NO**

Timbro e firma del Presidente U.V.T.

data: _____