



Allegato C alla Delib.G.R. n. 60/25 del 11.12.2018

Modello VERBALE UVT

Progetto "Ritornare a casa" DGR n. _____ <input type="checkbox"/> 1° ANNUALITA' - <input type="checkbox"/> RINNOVO		
Cognome/Nome	Luogo e data nascita	Residenza
Sintesi dei problemi socio sanitari attuali rilevati		
Patologia principale _____ 		
Scale di valutazione:		
ADL : Classe 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		
CIRS : Indice severità a 14 item _____ Indice comorbidità a 14 item _____		
BARTHEL INDEX: (0-100) _____		
Karnofsky : 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/>		
CDRs : 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		
Valutazione del grado di disabilità nelle malattie neurologiche ad interessamento neuromuscolare: funzioni compromesse. Tabella DGR 32/76 del 24.7.2012 Funzioni compromesse : colonna C n. _____ colonna D n. _____		
Obiettivi:		
<input type="checkbox"/> 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:		
<input type="checkbox"/> Si approva il progetto allegato riferito a persona inserita in cure domiciliari con livello assistenziale MOLTO ELEVATO		
1° livello assistenziale		
<input type="checkbox"/> Persona dimessa da strutture residenziali a carattere sociale e/o sociosanitario dopo un periodo di ricovero non inferiore a 12 mesi;		
<input type="checkbox"/> Persona che a seguito di una malattia neoplastica si trovi nella fase terminale, clinicamente documentabile, della vita;		
<input type="checkbox"/> Persona con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDRs con punteggio 5;		
<input type="checkbox"/> Persona con patologia non reversibile (degenerative e non degenerative con altissimo grado di disabilità);		
<input type="checkbox"/> Persona con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia (valutata sulla base della scala CIRS a 14 item, con indice di severità uguale o maggiore di 3 di cui la patologia principale con punteggio pari a 5		



Allegato C alla Delib.G.R. n. 60/25 del 11.12.2018

Modello VERBALE UVT

2° livello assistenziale Potenziamento assistenza

Si approva il progetto allegato riferito a persona inserita in cure domiciliari di terzo livello con le seguenti funzioni vitali compromesse :

- a) grave compromissione delle funzioni respiratorie _____;
- b) grave compromissione delle funzioni nutrizionali _____;
- c) perdita completa della funzione deambulatoria autonoma _____;
- d) grave compromissione dello stato di coscienza _____;

non si approva il progetto allegato (*assistito non rientrante nelle categorie previste dalla Deliberazione RAS n-----*)

3° livello assistenziale potenziamento assistenza

Si approva il progetto allegato riferito a persona inserita in cure domiciliari di terzo livello con le seguenti funzioni vitali compromesse :

- a) grave compromissione delle funzioni respiratorie _____;
- b) grave compromissione delle funzioni nutrizionali _____;
- c) perdita completa della funzione deambulatoria autonoma _____;
- d) grave compromissione dello stato di coscienza _____;

non si approva il progetto allegato (*assistito non rientrante nelle categorie previste dalla Deliberazione RAS n-----*)

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 Dirigente U.V.T.

data: _____