

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI  
CAMPOBASSO**

**Scheda di Valutazione (SVaMA semplificata)**

(cognome e nome) \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
 in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - frazione \_\_\_\_\_

**PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**  
 (da compilare a cura del medico curante)

	Descrizione della patologia	Codice ICPC
Prima patologia		____/____/____
Eventuale patologia concomitante		____/____/____
Eventuale 2ª patologia concomitante		____/____/____

**ELEMENTI DI VALUTAZIONE**

**TOTALE PUNTEGGIO** \_\_\_\_/\_\_\_\_

	Valutazione e punteggio		
<b>Situazione Cognitiva</b>	<input type="checkbox"/> 1 Lucido	<input type="checkbox"/> 2 Confuso	<input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso
<b>Problemi comportamentali</b>	<input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> 2 Moderati	<input type="checkbox"/> 3 Gravi
<b>Situazione Funzionale</b>	<input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi	<input type="checkbox"/> 2 Dipendente	<input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente
<b>Barthel Mobilità</b>	<input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo	<input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non si sposta
<b>Supporto rete sociale</b>	<input type="checkbox"/> 1 Ben assistito	<input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non assistito
<b>Necessità assistenza sanitaria</b>	<input type="checkbox"/> 1 Bassa	<input type="checkbox"/> 2 Intermedia	<input type="checkbox"/> 3 Elevata

L'utente è in possesso di ulteriore valutazione su scala:

- CIRS  no  si **PUNTEGGIO** \_\_\_\_/\_\_\_\_
- CIDRs  no  si **PUNTEGGIO** \_\_\_\_/\_\_\_\_
- ICF  no  si **PUNTEGGIO** \_\_\_\_/\_\_\_\_

1) Trattasi di persona in condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza h24   
 (descrivere i fattori che ne determinano tale stato)

2) L'utente è già stato preso in carico in ADI:  sì  no

PAI sanitario in essere/proposto: \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza	Ruolo	Firma
ASReM - Distretto Sanitario di	Direttore o suo delegato	
ASReM - Distretto Sanitario di	Medico UVM	
ATS di	Direttore e/o Coordinatore	
ATS di	Assistente sociale	
ASReM	Medico di Medicina Generale	

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_