

**ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. "NO"**  
(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

in qualità di:       diretto interessato       tutore       amministratore di sostegno

**C H I E D E   C H E**

il sottoscritto (se diretto interessato) / la persona sottoindicata (nell'apposito riquadro) sia sottoposta a Valutazione Multidimensionale da codesta U.V.G. per la definizione di un Progetto Socio-Sanitario

in qualità di:

- convivente (specificare) .....
- prossimo congiunto (specificare grado di parentela) .....
- altro (specificare) .....

**S E G N A L A**

la persona sotto indicata (nell'apposito riquadro), affinché codesta U.V.G. sottoponga la medesima a Valutazione Multidimensionale, al fine della definizione di un Progetto Socio-Sanitario

- Interventi domiciliari socio sanitari
- Inserimento in Centro Diurno
- Inserimento in Struttura Residenziale

(il riquadro successivo non deve essere compilato se la domanda è presentata dal diretto interessato, in quanto i dati richiesti sono già stati compilati)

il/la sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Medico Curante: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

*Se la persona è già ricoverata in struttura residenziale, indicare la **residenza precedente**:*

A tal fine:

- *Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.*
- *Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione geriatrica; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art.84 del citato D.Lgv.196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Lei può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria UVG.*

### C.O.M.U.N.I.C.A CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

riceve o ha ricevuto interventi da

Servizio sanitario	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale
Servizio sociale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale

Allega alla presente domanda la documentazione ritenuta di utilità per una migliore valutazione sanitaria e sociale.

### C.H.I.E.D.E CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____
Via / piazza _____
Comune _____ CAP _____

### CONSENSO

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 Codice Privacy 2003, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma dell'operatore che riceve la domanda)

**N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione alla segreteria dell'U.V.G. al seguente numero telefonico \_\_\_\_\_**

**SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA**

Cognome	Nome
Luogo	Data di nascita
<p><b>Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>Terapia in atto:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

## CONDIZIONI ATTUALI

### DEFICIT SENSORIALI:

- grave deficit visivo ( anche con correzione)
- grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota \_\_\_\_\_

### DEAMBULAZIONE:

- normale
- cammina con aiuto o assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota \_\_\_\_\_

### INCONTINENZA si no

- Urinaria  saltuaria  permanente
- Fecale  saltuaria  permanente
- Catetere vescicale  colostomia

Nota \_\_\_\_\_

### ALIMENTAZIONE

- autonoma
- deve essere imboccato
- presenta disfagia
- presenza di PEG

Presenza di magrezza patologica  si  no

Nota \_\_\_\_\_

### DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di \_\_\_\_\_

- Instabilità motoria  si  no
- Deficit equilibrio  si  no
- Tendenza alle cadute  si  no

Nota \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE**

Disturbi importanti della memoria  si  no  
Orientamento tempo/spaziale  normale  patologico  
Episodi di disorientamento t/s  si  no  
Disorientamento costante  si  no  
Disturbi della parola  si  no  
Disturbi della comunicazione  si  no

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO**

Agitazione psico-motoria  costante  saltuaria  
Aggressività  verbale  fisica  
Deambulazione afinalistica  fughe  wandering  
Insonnia   
Inversione del ritmo sonno/veglia

Utilizzo di psicofarmaci (specificare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TONO DELL'UMORE**

normale  depresso  euforico

Pratica / ha praticato terapie antidepressive  si  no

Nota \_\_\_\_\_

**PRESENZA DI LESIONI CUTANEE**

si  no

Sedi e attuali medicazioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLERGIE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OSSERVAZIONI**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data di compilazione

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile  
MMG/Medico Curante

\_\_\_\_\_