



- P. Salute NORD
 P. Salute CENTRO
 P. Salute SUD

N. Protocollo

UNITA' VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE (U.V.M.D.)**Richiesta di attivazione**

Il sottoscritto _____ in qualità di _____

chiede di attivare l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale per la formulazione e l'attuazione del progetto assistenziale in favore di:

Sig./Sig. ra _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ via _____ n° _____

C.F. (*) _____ TS _____

tel. _____ medico curante _____

attualmente ricoverato/domiciliato _____

(*) COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE OLTRE L'ASSISTITO/A		N. _____	
(*) ASSISTENTE NON FAMILIARE (persona non appartenente al nucleo familiare (es. Badante) che convive con l'assistito (24h.))	<input type="radio"/> Presente con funzioni di care giver (presta le cure e ne ha la responsabilità)	<input type="radio"/> Presente senza funzioni di care giver (presta le cure, ma la responsabilità è di altri)	<input type="radio"/> Non presente

 1^a valutazione rivalutazione

Per le seguenti tipologie di intervento:

 Centro Servizi:

Distretto OVEST		Distretto EST	
<input type="radio"/> Res. Giardino Recoaro T.	<input type="radio"/> S. Antonio Chiampo	<input type="radio"/> Michelazzo Sossano	<input type="radio"/> Panizzoni Camisano
<input type="radio"/> Parco Fortuna Recoaro T.	<input type="radio"/> Scalabrin Arzignano	<input type="radio"/> Bertolo Sandrigo	<input type="radio"/> C.S. Anziani Dueville
<input type="radio"/> Montalbieri Valdagno-	<input type="radio"/> La Pieve Montecchio M.	<input type="radio"/> Bressan Isola Vicentina	<input type="radio"/> Lampertico Montegalda
<input type="radio"/> Villa Serena Valdagno-	<input type="radio"/> S. Bertilla Brendola	<input type="radio"/> Simionati Barbarano V.	<input type="radio"/> Suore di Carità Vicenza
<input type="radio"/> Fond. Marzotto Valdagno-	<input type="radio"/> Bisognin Sarego	<input type="radio"/> Ca' Arnaldi Noventa V.	<input type="radio"/> S. Giovanni in Monte Mossano
<input type="radio"/> Tassoni Cornedo V.	<input type="radio"/> Villa Serena Lonigo	<input type="radio"/> Papa Lucani Altavilla V.	<input type="radio"/> Monte Crocetta Vicenza
<input type="radio"/> Trissino	<input type="radio"/> S. Giovanni B. Montebello V.	<input type="radio"/> Villa Caldogno Caldogno	<input type="radio"/> Salvi Vicenza
	<input type="radio"/> Don Bruzzo Gambellara	<input type="radio"/> De Giovanni Barbarano V.	<input type="radio"/> Trento Vicenza
		<input type="radio"/> S. Giuseppe Orgiano	<input type="radio"/> Parco Città Vicenza
		<input type="radio"/> Bonaguro Camisano	

(fuori Ulss 8 Berica) STRUTTURE PRESCELTE _____

 Centro Diurno SVP (Stati Vegetativi Permanenti) ADIMED SAPA (Nucleo Alzheimer) M.I.T. (Media Intensità Temporanea) Altro _____

(*) Persona di riferimento: cognome e nome _____ Residente a: _____ Via: _____ n° _____
(*) Recapiti: tel. _____ cell. _____ tel. _____ cell. _____
<input type="checkbox"/> familiare <input type="checkbox"/> operatore Servizi _____ <input type="checkbox"/> altro _____

L'assistito ha espresso consenso informato

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art.13 del D.lgs.n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà anche i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett.d), nonché all'art.26, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni volte al proseguimento del presente procedimento

Data _____

Firma _____

(*) campo obbligatorio

ATTIVAZIONE PROCEDURA IN CASO DI SOGGETTO AFFETTO DA DEMENTIA CON DISTURBO COMPORTAMENTALE

Il richiedente dichiara la presenza del disturbo comportamentale perché viene rilevata almeno una delle seguenti condizioni:

- disturbo del sonno accompagnato da delirio
- aggressività fisica intesa anche come rifiuto all'assistenza necessaria
- pericolo di fuga
- ripetizioni compulsive di azioni disturbanti.

Il richiedente allega:

- certificato che attesta la diagnosi di demenza (la diagnosi deve essere espressa da uno specialista neurologo o geriatra, riportata all'interno di lettere di dimissioni ospedaliere prodotte sia da centri di cura o reparti dell'ULSS 5 sia da fuori ULSS, sono altresì valide attestazioni che indichino l'inserimento del soggetto in ex Progetto Cronos)

Spazio riservato all'ULSS

La presente richiesta viene inviata all'Unità Valutativa Alzheimer (U.V.A.)
di _____ in data _____

NOTE INFORMATIVE

- La presente domanda per essere considerata valida ai fini del proseguimento dell'istruttoria, deve essere corredata dalla scheda SVAMA sanitaria, disponibile presso i Punti Salute, compilata dal Medico di Medicina Generale dell'assistito.
- Il punteggio conseguito a conclusione della valutazione, dà diritto all'inserimento nelle liste di attesa, laddove previste, per la tipologia di intervento richiesto.
- In caso di ricovero presso un centro residenziale della Regione Veneto di persona affetta da demenza e in particolare dal morbo di Alzheimer si invita a prendere visione delle LINEE DI INDIRIZZO, scaricabili dal portale www.ulss5.it al link : http://www.ulss5.it/tutto_ulss5/distretto/pagina57-22s_23.html, approvate con Decreto Regionale n. 72 del 29/07/2016, che forniscono indicazioni sulle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e sull'imputazione dei relativi costi.

Data _____

Per presa visione

_____ firma

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242 – Cod. iPA AUV

Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809 Mail protocollo@aulss8.veneto.it

PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it

www.aulss8.veneto.it