

SCHEDA DI ATTIVAZIONE UVMD

Il/la sottoscritto/a _____

Telefono _____ Mail _____

in qualità di :

- MMG
- PLS
- caregiver
- familiare
- Servizio sociale comuni o altri enti (specificare).....
- diretto interessato
- tutore/amm.sostegno
- strutture socio-sanitario/socio-assistenziali
- Medico di reparto ospedaliero
- Altro.....

DATI DELLA PERSONE/UTENTE

Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____ Via _____

C.F. _____ Tel _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) Via _____

Città _____ Nazionalità _____

Distretto di Appartenenza _____

Esenzione ticket _____

Caregiver _____

tel _____ mail: _____

Condizioni di fragilità

- Anziani fragili/non autosufficienti
- Minori disabili o in situazione di difficoltà familiare
- Famiglie fragili
- Senza fissa dimora
- Immigrati/ Minori non accompagnati
- Paziente psichiatrico
- Paziente tossicodipendente
- Persone con gravi patologie
- Adulti con disabilità
- Donne vittime di maltrattamenti

	Altro _____
<u>Motivo della segnalazione al PUA</u>	<input type="checkbox"/> Tutele Universali (Non autosufficienza/ Disabilità) <input type="checkbox"/> Casi complessi ad integrazione socio sanitaria La persona è informata dell'attivazione UVMD? SI NO Ha fornito il consenso? SI NO <input type="checkbox"/> Prima valutazione <input type="checkbox"/> Rivalutazione

<u>Valutazione autonomia della persona</u>		
Autonomia economica	SI	NO
Autonomia comunicativa	SI	NO
Autonomia fisica	SI	NO
Autonomia psichica	SI	NO
Cura dell'igiene	SI	NO

<u>Benefici sociali</u>	
<input type="checkbox"/> Invalidità%	<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> RDC <input type="checkbox"/> Indennità di frequenza

Rete supporto familiare

<input type="checkbox"/> Persone conviventi	<input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> con il coniuge	<input type="checkbox"/> con i figli	<input type="checkbox"/> con altri
---	-------------------------------	---	--------------------------------------	------------------------------------

Condizione abitativa della persona segnalata

Tipologia di godimento dell'abitazione:	<input type="checkbox"/> proprietà <input type="checkbox"/> affitto privato <input type="checkbox"/> alloggio ATER <input type="checkbox"/> ospite <input type="checkbox"/> usufrutto
Barriere architettoniche	Interne: SI NO Esterne: SI NO
Note:	

Motivazione dettagliata della segnalazione (specificare nella parte sottostante i motivi della richiesta UVMD, fornendo informazioni circa il bisogno di cui è portatore il soggetto)

Patologie prevalenti e concomitanti, terapia in atto (da compilare solo se il segnalante è il MMG/PLS)

Informazioni utili alla individuazione componenti UVM:

- **CSM:** _____
- **SERD** _____
- **TSMREE** _____
- **CONSULTORIO** _____
- **ALTRO** _____

Data

Firma del richiedente

