

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>	☐ Tutele Universali (Non autosufficienza/ Disabilità) ☐ Casi complessi ad integrazione socio sanitaria La persona è informata dell'attivazione UVMD? SI NO Ha fornito il consenso? SI NO ☐ Prima valutazione ☐ 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>	
☐ Invalidità% ☐ Altro	☐ Indennità di accompagnamento ☐ RDC ☐ Indennità di frequenza

Rete supporto familiare

☐ Persone conviventi	☐ solo	☐ con il coniuge	☐ con i figli	☐ con altri
---	-------------------------------	---	--------------------------------------	------------------------------------

Condizione abitativa della persona segnalata

Tipologia di godimento dell'abitazione:	☐ proprietà ☐ affitto privato ☐ alloggio ATER ☐ ospite ☐ 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

