

ESITO VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE OSPEDALIERA / DISTRETTUALE

PRATICA/PROT. N. _____
 REGISTRO UVM N. _____

AUTORIZZAZIONE N. _____
 SEDUTA UVMO/UVMD del ____/____/____

ESITO VALUTAZIONE ☐ UVMO / ☐ UVMD	
A SEGUITO DELLA RICHIESTA PRESENTATA IL ____/____/____ DALLA U.O./MMG _____	
L'UVMO/UVMD	☐ AUTORIZZA L'UTENTE ☐ NON AUTORIZZA L'UTENTE
COGNOME: _____ NOME: _____	
LUOGO DI NASCITA: _____ DATA DI NASCITA: ____/____/____	
Nazionalità ☐ Italiana ☐ EU ☐ Extracom. Sesso ☐ maschio ☐ femmina	
Stato civile ☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a o convivente ☐ separato/a o divorziato/a ☐ vedovo/a ☐ non dichiarato	
Invalidità civile ☐ Sì ☐ No ☐ Legge 104/1992 (allegare documentazione)	
CODICE FISCALE: _____	
ASL di residenza: _____	
Residenza: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____ n° civico _____	
Recapiti telefonici 1° rec. _____ 2° rec. _____	
FAMILIARE DI RIFERIMENTO (o Caregiver): COGNOME _____ NOME _____	
Recapiti telefonici 1° rec. _____ 2° rec. _____	
Amministratore di sostegno ☐ Sì ☐ No Tutore legale ☐ Sì ☐ No	
MMG o PLS del paziente _____	

PER LE SEGUENTI PRESTAZIONI
CENTRI DI RIABILITAZIONE
VERBALE UVM (ALLEGATO)
☐ RIABILITAZIONE RESIDENZIALE INTENSIVA ☐ FASCIA A ☐ FASCIA B
☐ RIABILITAZIONE RESIDENZIALE ESTENSIVA ☐ INTERNATO GRAVE ☐ INTERNATO MEDIO GRAVE
☐ RIABILITAZIONE SEMI-RESIDENZIALE ESTENSIVA
☐ RIABILITAZIONE SEMI-RESIDENZIALE DISABILI ☐ SEMINTERNATO GRAVE ☐ SEMIINTERNATO MEDIO GRAVE
☐ RIABILITAZIONE DOMICILIARE
☐ RIABILITAZIONE EXTRAMURALE
☐ RIABILITAZIONE AMBULATORIALE
☐ ALTRO
PERIODO ASSEGNATO (O NUMERO E FREQUENZA DELLE SEDUTE): _____

DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
VERBALE UVM (ALLEGATO)
☐ RIABILITAZIONE AMBULATORIALE INDIVIDUALE
☐ RIABILITAZIONE AMBULATORIALE DI GRUPPO
☐ CENTRO DIURNO ETA' EVOLUTIVA
☐ CENTRO DIURNO PAZIENTI ADULTI
☐ ATTIVITA' DOMICILIARE O EXTRAMURARIA INDIVIDUALE
☐ ATTIVITA' DOMICILIARE O EXTRAMURARIA DI GRUPPO
☐ NUCLEI RESIDENZIALI
☐ ALTRO
PERIODO ASSEGNATO (O NUMERO E FREQUENZA DELLE SEDUTE): _____

RSA/RP
VERBALE UVM (ALLEGATO)
☐ RSA ANZIANI ☐ I FASCIA ☐ II FASCIA ☐ III FASCIA
☐ RSA DISABILI ADULTI ☐ I FASCIA ☐ II FASCIA ☐ III FASCIA
☐ RSA DEMENZE/ALZHEIMER ☐ FASE CENTRALE DELLA MALATTIA
☐ R.S.A. PSICOGERIATRICA ☐ FASE MANTENIMENTO ☐ I FASCIA ☐ II FASCIA
☐ STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE ANZIANI
☐ STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE DEMENZE
☐ RESIDENZA PROTETTA ☐ ANZIANI ☐ DISABILI
☐ ALTRO

PERIODO ASSEGNATO: _____

VALUTAZIONE PER ACCESSO STRUTTURE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE

VERBALE UVM (ALLEGATO)

- ☐ RESIDENZA RIABILITATIVA PSICHIATRICA POST-ACUZIE
- ☐ COMUNITA' TERAPEUTICA
- ☐ RESIDENZA PROTETTA
- ☐ CASA FAMIGLIA
- ☐ GRUPPO APPARTAMENTO DI CONVIVENZA
- ☐ SEMIRESIDENZIALITA' (CENTRO DIURNO)
- ☐ RESIDENZE PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA (REMS)
- ☐ NUCLEI RESIDENZIALI PSICHIATRICI DEDICATI (NRPD)
- ☐ ALTRO

PERIODO ASSEGNATO (O NUMERO E FREQUENZA DELLE SEDUTE): _____

DATA ____/____/____ Il responsabile o delegato dell'U.V.M. OSPEDALIERA / DISTRETTUALE

FIRMA E TIMBRO _____