



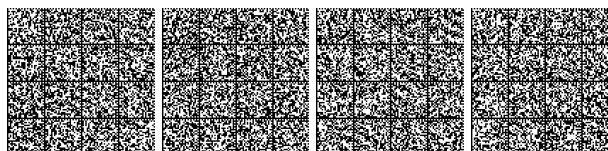
SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE IMMEDIATE, DELLA POPOLAZIONE CON DISABILITÀ O SPECIFICHE NECESSITÀ

SPAZIO LOGO

ID SCHEDA: _____

SEZIONE 1 - TRIAGE SOCIO SANITARIO

Data Ora Comune: _____ Area /Centro di assistenza: _____ Le informazioni di questa scheda sono fornite da: ☐ Assistito ☐ Terza persona (specificare nome e grado di relazione): _____ _____		OPERATORE VOLONTARIO SANITARIO COMPILATORE Nome: _____ Cognome: _____ Firma: _____ Associazione di volontari: _____	
ASSISTITO Nome: _____ Cognome: _____ Data e luogo di nascita: _____ Indirizzo: _____ Codice Fiscale (se disponibile): Telefono cellulare: Nucleo familiare composto da (n. persone): Animali domestici: Tipo _____ n.: MMG (Medico di famiglia): _____ ASL: _____			
PERSONA DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITÀ Nome: _____ Cognome: _____ Qualifica (grado di parentela, tutore, ecc.): _____ Telefono cellulare:			
COMPORTAMENTO ☐ Collaborante ☐ Non collaborante ☐ Violento		TIPO DI DISABILITÀ OGGETTIVA ☐ Motoria ☐ Visiva ☐ Cognitiva ☐ Uditiva ☐ Altro: _____	
CODICE DI VALUTAZIONE ROSSO (R) R • Non in grado di collaborare per manifesta inabilità cognitiva; • Collaborante ma con disabilità fisica richiedente ausili o assistenza; • Minore, non accompagnato da genitori o familiari; • Adulto di 80 anni o più; • Stato di gravidanza.		CODICE DI VALUTAZIONE VERDE (V) V • Adulto di età compresa tra 18 e 64 anni; • Minore accompagnato da familiari; • Collaborante; • Nessuna disabilità permanente o temporanea; • Nessuna assunzione di farmaci per patologie croniche.	
CODICE DI VALUTAZIONE GIALLO (G) o GIALLO SOLO PER TERAPIA FARMACOLOGICA (GT) G • Adulto tra 65 e 79 anni; • Effetto da patologie croniche (es. cardiologiche, diabete e metaboliche, respiratorie, psico-neurologiche, altre..) per cui richiede valutazione sanitaria. GT • Al momento dichiara benessere, ma necessita di terapia farmacologica quotidiana per le sue patologie.		NOTE _____ _____ _____ _____ _____	




**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE IMMEDIATE,
DELLA POPOLAZIONE CON DISABILITÀ O SPECIFICHE NECESSITÀ**
SPAZIO LOGO

ID SCHEDA: _____

SEZIONE 2 - COMPETENZE INFERMIERISTICHE
IN CARICO AI SERVIZI

- ☐ Assistenza infermieristica domiciliare
☐ Assistenza Sociale
☐ SerT (Tossicodipendenze)
☐ Centro Salute Mentale
☐ Servizio di Psicologia
☐ Altro: _____

NOTE INFERMIERISTICHE
Si richiede valutazione medica per visita:

- ☐ Prescrizione farmaci quotidiani per patologie croniche
☐ Pediatria
☐ Infettivologica
☐ Psicologica
☐ Altro: _____

PATOLOGIE IN CORSO

- ☐ Intolleranze Alimentari, Farmaci/Allergie _____
☐ Nefropatia: _____ ☐ Fistole: _____
☐ Metabolica: _____
☐ Cardiopatia: _____
☐ Respiratoria: _____ ☐ O2 TP: _____

ASSUNZIONE DI FARMACI

- ☐ SÌ (indicare il nome del farmaco): _____

☐ SÌ (se non ricorda, indicarne la funzione): _____

AUSILI PER L'INCONTINENZA

- ☐ Catetere vescicale
☐ Sacchetto per stomie
☐ Presidi assorbenti

AUSILI PER IL MOVIMENTO

- ☐ Sedia motorizzata
☐ Sedia manuale
☐ Sistema posturale
☐ Bastone
☐ Deambulatore
☐ Arto artificiale

È POSSIBILE REPERIRE IN LOCO I FARMACI NECESSARI? ☐ SÌ ☐ NO

**LA STRUTTURA IN CUI SI TROVA L'ASSISTITO
CONSENTE ADEGUATE POSSIBILITÀ DI GESTIONE
DELLE SUE NECESSITÀ?** ☐ SÌ ☐ NO

ALLOGGIAMENTO CONSIGLIATO

- ☒ AREA DI ACCOGLIENZA/ABITAZIONE PRIVATA
☐ ALBERGO

- ☒ STRUTTURA SOCIO-SANITARIA (es. RSA)
☐ OSPEDALE

DA COMPILARE IN CASO DI RIFIUTO ALLA DESTINAZIONE PRESCELTA

☐ Io/lasottoscritto/a _____
 identificato da documento _____,
 rifiuta il trasferimento presso struttura proposta, assumendosi ogni
 responsabilità in merito.

Data | ____ | ____ | ____ |

Firma leggibile: _____

☐ La persona rifiuta verbalmente davanti a testimoni la destinazione
 consigliata e rifiuta di firmare il presente documento.

Data | ____ | ____ | ____ |

Firma leggibile compilatore: _____

Firma leggibile testimone: _____

