



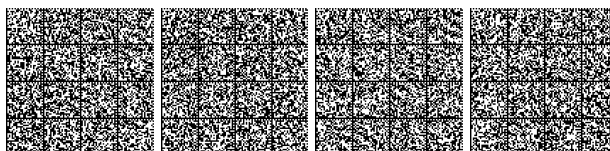
# **SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE IMMEDIATE, DELLA POPOLAZIONE CON DISABILITÀ O SPECIFICHE NECESSITÀ**

SPAZIO LOGO

ID SCHEDA: \_\_\_\_\_

## **SEZIONE 1 - TRIAGE SOCIO SANITARIO**

Data         Ora       Comune: _____ Area /Centro di assistenza: _____ <b>Le informazioni di questa scheda sono fornite da:</b> <input type="checkbox"/> Assistito <input type="checkbox"/> Terza persona (specificare nome e grado di relazione): _____ _____		<b>OPERATORE VOLONTARIO SANITARIO COMPILATORE</b> Nome: _____ Cognome: _____ Firma: _____ Associazione di volontariato: _____	
<b>ASSISTITO</b> 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: _____			
<b>PERSONA DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITÀ</b> Nome: _____ Cognome: _____ Qualifica (grado di parentela, tutore, ecc.): _____ Telefono cellulare:			
<b>COMPORTAMENTO</b> <input type="checkbox"/> Collaborante <input type="checkbox"/> Non collaborante <input type="checkbox"/> Violento		<b>TIPO DI DISABILITÀ OGGETTIVA</b> <input type="checkbox"/> Motoria <input type="checkbox"/> Visiva <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Uditiva <input type="checkbox"/> Altro: _____	
<b>CODICE DI VALUTAZIONE ROSSO (R)</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>R</b> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non in grado di collaborare per manifesta inabilità cognitiva;</li> <li>• Collaborante ma con disabilità fisica richiedente ausili o assistenza;</li> <li>• Minore, non accompagnato da genitori o familiari;</li> <li>• Adulto di 80 anni o più;</li> <li>• Stato di gravidanza.</li> </ul>		<b>CODICE DI VALUTAZIONE VERDE (V)</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>V</b> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto di età compresa tra 18 e 64 anni;</li> <li>• Minore accompagnato da familiari;</li> <li>• Collaborante;</li> <li>• Nessuna disabilità permanente o temporanea;</li> <li>• Nessuna assunzione di farmaci per patologie croniche.</li> </ul>	
<b>CODICE DI VALUTAZIONE GIALLO (G)</b> <b>o GIALLO SOLO PER TERAPIA FARMACOLOGICA (GT)</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>G</b> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto tra 65 e 79 anni;</li> <li>• Effetto da patologie croniche (es. cardiologiche, diabete e metaboliche, respiratorie, psico-neurologiche, altre..) per cui richiede valutazione sanitaria.</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>GT</b> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al momento dichiara benessere, ma necessita di terapia farmacologica quotidiana per le sue patologie.</li> </ul>		<b>NOTE</b> _____ _____ _____ _____ _____	





## 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

☐ Il/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: \_\_\_\_\_

