

**Azienda Sanitaria Locale BA****Distretto Socio Sanitario Uno****Ambito Territoriale****Comune di Molfetta - Comune Giovinazzo****CURE DOMICILIARI**

(ADS, ADI I°- II°- III° livello, ADO, Cure palliative, Hospice)

Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.)

Verbale n. del

L'Unità di Valutazione Multidimensionale esamina il caso nonché la documentazione dell'assistito/a:

Cognome e Nome nato/a a il

Residente a in via n.

Pervenuta il Prot. n. attivazione verifica proroga**Sintesi dei problemi attuali rilevati**.....
.....**Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale, i presenti prendono le seguenti decisioni**.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....**Codifica progetto assistenziale (una sola codifica)**

1	<input type="checkbox"/> Valutazione <input type="checkbox"/> Rivalutazione	4	<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Oncologica "A.N.T."
2	<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Sanitaria O Ass. Infermieristica O Tratt. Riab. Fisioterap.	5	<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Oncologica "SS. Medici"
	<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata		<input type="checkbox"/> Accoglienza in Hospice
			<input type="checkbox"/> Cure palliative paziente Oncologico



3		0 I° livello 0 ADI II° livello 0 ADI III° livello		6		□ Cure palliative paziente NON Oncologico		
Convocati	Presenti	Partecipanti	Nome	Firma				
1	□	1	□	Dirigente Ass. Primaria	Dott. Ignazio Bellapianta			
2	□	2	□	Medico Specialista inerente le patologie prevalenti nel quadro delle condizioni di salute psichica e fisica del paziente:				
				Geriatra	Dott.ssa Annalisa Altomare			
				Neurologo	Dott. Riccardo Pomarico			
				Altro Specialista.....	Dott.ssa/Dott.			
				Altro Specialista.....	Dott.ssa/Dott.....			
3	□	3	□	Assistente Sociale Serv. Soc. Prof. distrettuale	Dott.ssa			
				Assistente Sociale P. O. "Don Tonino Bello" Molfetta	Sig.ra			
4	□	4	□	Coordinatrice Ass. Sociale Gestore.....	Sig.ra			
5	□	5	□	Assistente Sociale Comune di Molfetta	Dott.ssa Antonella Capurso			
6	□	6	□	Assistente Sociale Comune di Giovinazzo	Dott.ssa Anna Chiapperino			
7	□	7	□	Infermiera Professionale distrettuale	Sig.ra.....			
8	□	8	□	Fisioterapista	Sig./Sig.ra.....			



Il responsabile del caso sarà: MMG PLS Verifica programmata per il.....

Dott.ssa/Dott.

Data

Timbro e firma

Per presa visione

Timbro e firma del Direttore Distretto S.S. Uno