REGIONE DEL VENETO

Logo Azienda ULSS

ICDmgs

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE CON MEDIO BISOGNO ASSISTENZIALE per utenti con disabilità gravissima (DGR n. 670/2020)

1. SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (_____) il |__|__||__|__||__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__||__|__|__||__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|

residente nel Comune di _____ (_____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (_____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Medico di Medicina Generale, dr._____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

1) Presenza di gravi disturbi comportamentali rilevata dal MMG: punteggio PCOMP da SVaMA = |__|[1]
2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: ❑ si, ❑ no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'ICDm)
3) Valore ISEE familiare: |__|__|.|__|__|__|,00 €

Data di compilazione |__|__||__|__||__|__|__|__|

Il funzionario

_____

(timbro e firma leggibile)

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale SVaMA modificata		
Punteggio ISEE	**[ISEE$_{max}$[2] / ISEE[3]]x5**	
Punteggio NPI "frequenza per gravità" [4]		
Punteggio NPI "*stress caregivers*" [5]		
Punteggio per l'inserimento in graduatoria	**TOT.**	

[1] Valori ammessi: 2 o 3.
[2] Definito dalla programmazione regionale.
[3] Se ISEE <1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00
[4] Non deve essere inferiore a 25/144 e deve essere riportato un punteggio di almeno 9 in almeno 2 dei seguenti 7 disturbi principali: deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante, disturbi del sonno.
[5] Non deve essere inferiore a 20/60 punti.

REGIONE DEL VENETO

Logo Azienda ULSS

E' stato fatto riferimento a CDC Centro di Decadimento cognitivo (DGR 3542/2007): ❑ si, ❑ no

Indicare chi ha in carico la gestione farmacologica e non farmacologica della malattia di base e dei disturbi:

_____

_____

L'impegnativa di cura verrà erogata in forma di: ❑ contributo economico, ❑ servizi tutelari domiciliari

Data di compilazione |__|__||__|__||__|__|__|__|

Il responsabile dell'UVMD

_____

(timbro e firma leggibile)

Allegati: Dichiarazione ISEE, quadro sinottico SVaMA modificato e verbale test NPI