



Azienda Sanitaria Locale BA
Distretto Socio Sanitario Uno
Ambito Territoriale
Comune Giovinazzo - Comune di Molfetta
Assistenza Residenziale e Semiresidenziale

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	Prov.	data di nascita		
Residente a	Prov.	in via		
Pervenuta il	Prot. n.	<input type="checkbox"/> Attivazione	<input type="checkbox"/> Verifica	<input type="checkbox"/> 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)

01	<input type="checkbox"/>	Assistenza in Centro diurno Disabili	04	<input type="checkbox"/>	Accoglienza in RSSA Anziani/Disabili
02	<input type="checkbox"/>	Assistenza in Centro diurno Demenze	05	<input type="checkbox"/>	Accoglienza in Dopo di noi - Art. n°
03	<input type="checkbox"/>	Accoglienza in RSA	06	<input type="checkbox"/>	Accoglienza in Casa per la vita



Convocati	Presenti	Partecipanti	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	<i>Res. Integr. Socio-Sanitaria</i>	dott.ssa/dott.	
		<i>Medico Specialista inerente le patologie prevalenti nel quadro delle condizioni di salute psichica e fisica del paziente:</i>		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<i>Geriatra</i>	dott.ssa Annalisa Altomare	
		<i>Neurologo</i>	dott. Riccardo Pomarico	
		<i>Psichiatra</i>	dott. Cesario Schiraldi	
		<i>Altro Specialista.....</i>	dott.ssa/dott.....	
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<i>Assistente Sociale Serv. Sociale Professionale</i>	dott.ssa Simona Ruggiero dott.ssa Cinzia Mongelli	
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<i>Assistente Sociale Presidio Ospedaliero</i>	dott.ssa Dora Cecconi dott.ssa Sofia Capurso	
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<i>Assistente Sociale Comune di Molfetta</i>	dott.ssa Antonella Capurso	
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<i>Assistente Sociale Comune di Giovinazzo</i>	dott.ssa Anna Chiapperino	
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	<i>Infermiere Professionale</i>	sig.ra Maria del Vecchio	
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	<i>Fisioterapista</i>	sig.ra/sig.....	
Il responsabile del caso sarà: <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> PLS			Verifica programmata per il.....	
dott.ssa/dott.				
Data			Per presa visione Timbro e firma del Direttore Distretto S.S. Uno	
Timbro e firma				