

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

(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)**

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Valutazione	<b>4</b>	<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Oncologica "A.N.T."
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Rivalutazione	<b>5</b>	<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Oncologica "SS. Medici"
<b>3</b>	<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata O I° livello O ADI II° livello O ADI III° livello	<b>6</b>	<input type="checkbox"/> Accoglienza in Hospice .....
			<input type="checkbox"/> Cure palliative paziente Oncologico
			<input type="checkbox"/> Cure palliative paziente NON Oncologico



Convocati	Presenti	Partecipanti	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	<i>Dirigente Ass. Primaria</i>	dott. Ignazio Bellapianta	
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<i>Medico Specialista inerente le patologie prevalenti nel quadro delle condizioni di salute psichica e fisica del paziente:</i>  <i>Geriatra</i>  <i>Neurologo</i>  <i>Altro Specialista.....</i>  <i>Altro Specialista.....</i>	dott.ssa Annalisa Altomare  dott. Riccardo Pomarico  dott.ssa/dott. ....  dott.ssa/dott.....	
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<i>Assistente Sociale Serv. Soc. Prof. distrettuale</i>  <i>Assistente Sociale P. O. "Don Tonino Bello" Molfetta</i>	dott.ssa .....  sig.ra .....	
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<i>Coordinatrice Ass. Sociale Gestore.....</i>	sig./sig.ra.....	
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>Infermiera Professionale distrettuale</i>	sig.ra Maria del Vecchio	
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	<i>Fisioterapista</i>	sig./sig.ra.....	
Il responsabile del caso sarà: <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> PLS		Verifica programmata per il.....		
dott.ssa/dott. ....				
Data .....		<b>Per presa visione</b>		
Timbro e firma .....		..... Timbro e firma del Direttore Distretto S.S. Uno		