



*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento
Distretto Est
Unità Operativa di Cure Primarie*

Al Punto Unico di Accesso (PUA)

Sede di Primiero San Martino di C.zza

Oggetto: "Richiesta attivazione Unità Valutativa Multidisciplinare".

Il/La sottoscritto/a : _____

- Medico di medicina generale
- Assistente Sociale del Comune/Comunità di Valle di _____
- Medico dell'U.O. di _____ dell'Ospedale di _____
- Infermiere _____
- Altro _____

rilevata la presenza di bisogni sanitari e/o socio assistenziali complessi, nei confronti

del Signor/a _____

nato/a il _____ residente a _____

via _____ telefono _____

Persona referente: _____ rapporto di parentela _____

residente a _____ telefono _____

CHIEDE

di attivare l'U.V.M. per la valutazione del caso e l'individuazione del progetto assistenziale individualizzato (PAI).

In particolare si segnala: _____

Allega la documentazione di propria competenza prevista dalla Scheda di Valutazione Multidimensionale (S.V.M.), il modulo di consenso informato e l'informativa dei dati personali.

Per informazioni o chiarimenti chiedo di essere contattato al n. telefonico _____ e di essere informato in merito alla data di effettuazione dell'incontro UVM, al fine di garantire la mia partecipazione.

Data

Firma

CONSENSO
alla Valutazione dell'Unità Valutativa Multidisciplinare – U.V.M.

Premesso che:

- l'U.V.M. valuta i bisogni sanitari e sociosanitari della persona interessata; accerta lo stato di bisogno e il grado di non autosufficienza della persona attraverso un'attenta valutazione della documentazione sanitaria, cognitiva-funzionale e sociale fornita da personale medico, infermieristico e assistenti sociali;
- l'U.V.M. definisce le necessità socio-sanitarie della persona ed individua il progetto assistenziale di intervento;
- il progetto assistenziale di intervento, che tiene conto della disponibilità delle rete familiare, dei bisogni sanitari e assistenziali dell'utente e delle risorse disponibili, può concretizzarsi in:
 - attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)
 - accesso alle Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.).

Il/la sottoscritto/a (*) _____ nato/a il _____
a _____ () residente a _____
in via _____ telefono _____

dichiara di essere stato/a informato/a in maniera chiara, completa e comprensibile di quanto sopra riportato e a tal fine:

- esprime il consenso ad essere sottoposto/a alla valutazione da parte dell'U.V.M.
- esprime, in qualità di (specificare) _____, il consenso alla valutazione U.V.M. del:

sig./ra _____ nato/a il _____
residente a _____ in via _____

Ai sensi del Dlgs 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", l'Unità Valutativa Multidisciplinare ed il servizio di assistenza sanitaria domiciliare sono con la presente autorizzati al trattamento/comunicazione dei dati in loro possesso, come specificato nella nota informativa allegata.

Firma

Data _____

(*) "Il/la sottoscritto/a" deve essere la stessa persona che esprime il consenso e che firma il presente modulo