

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

ISTRUZIONI PER L'USO

1a. DIMENSIONE CLINICA Indice di Comorbidità (CIRS)¹

Compilatori:

1. Medico di Medicina Generale
2. Medico dell'Unità Operativa Ospedaliera
3. Medico dell'U.O. della Struttura di provenienza

Note:

- a. Compilare sempre la casella riferita al **paziente** e alla **data** di compilazione
- b. Barrare con una crocetta le caselle riferite alla gravità della patologia di ciascun apparato interessato secondo la *legenda*
- c. Indicare sempre la Patologia Principalmente Invalidante e il periodo di insorgenza
- d. Non compilare l'Indice di severità e comorbidità in quanto verrà compilato dalla UVT
- e. Firmare sempre il modulo

1b. DIMENSIONE CLINICA Scala di Instabilità Clinica²

Compilatori:

1. Medico di Medicina Generale
2. Medico dell'Unità Operativa Ospedaliera
3. Medico dell'U.O. della Struttura di provenienza

Note:

- a. Compilare sempre la casella riferita al **paziente** e alla **data** di compilazione
- b. Barrare con una croce la casella vuota sulla destra riferita al grado di instabilità clinica secondo la *legenda* descritta a fianco
- c. Firmare sempre il modulo

¹ Palmalee P.A., Thuras P.D., Katz I.R., Lawton M.P.: Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. J. Am Geriatr. Soc. 1995; 43:130-137. Modificata per la raccolta delle diagnosi collegate alla codifica ICD-9 CM e la loro stadiazione per apparato ai fini della compilazione della CIRS da Studio VEGA di Fabio Vidotto & C. S.a.s. © 2003 SIAE 002540-D003388.

² Bernardini et al. 1995.

2. DIMENSIONE FUNZIONALE

Indice di Barthel³

Compilatori:

1. **Assistente Sociale del Comune / Infermiere professionale della UVT**
2. **Assistente Sociale / Infermiere Professionale della Unità Operativa Ospedaliera**
3. **Assistente Sociale / Infermiere professionale dell'U.O. della Struttura di provenienza**

Note:

- a. Compilare sempre la casella riferita al **paziente** e alla **data** di compilazione
- b. Indicare in ogni casella sulla destra il punteggio riferito all'item esaminato secondo le indicazioni riportate
- c. Il punteggio totale può non essere riportato
- d. Firmare sempre il modulo

3.a DIMENSIONE COGNITIVA

Mini Mental State Examination⁴

Compilatori:

1. **Medico, Psicologo, Specialista della UVT**
2. **Medico, Psicologo, Specialista della UVT dell'Unità Operativa Ospedaliera**
3. **Medico, Psicologo, Specialista dell'U.O. della Struttura di provenienza**

Note:

- a. Compilare sempre la casella riferita al **paziente** e alla **data** di compilazione
- b. Barrare con una croce le caselle sulla destra riferite al punteggio da assegnare all'*item* secondo le indicazioni riportate a fianco
- c. Non è necessario riportare il punteggio complessivo che verrà riportato dalla UVT
- d. Riportare sempre il "Livello di coscienza del paziente" apponendo una croce sul livello evidenziato (1-2-3-4)
- e. Firmare sempre il modulo

³ Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal* 1965;14:56-61.

⁴ MF Folstein, PR McHugh - *Journal of psychiatry* 1975; 12:189-198 S.

3.b DIMENSIONE COGNITIVA

Short Portable Mental Status Questionnaire⁵

Compilatori:

1. **Assistente Sociale del Comune o della UVT**
2. **Assistente Sociale dell'Unità Operativa Ospedaliera**
3. **Assistente Sociale dell'U.O. della Struttura di provenienza**

Note:

- a. Compilare sempre la casella riferita al **paziente** e alla **data** di compilazione
- b. Barrare con una croce le caselle sulla destra riferite al punteggio da assegnare all'*item* secondo le indicazioni riportate a fianco
- c. Non è necessario riportare il punteggio complessivo che verrà riportato dalla UVT
- d. Firmare sempre il modulo

4.a Situazione Abitativa⁶- 4.b Situazione Reddittuale

5. SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

Compilatori:

1. **Assistente sociale del Comune di residenza**
2. **Assistente sociale della Unità Operativa Ospedaliera**
3. **Assistente sociale dell'U.O. della Struttura di provenienza**

Note:

- a. Compilare sempre la casella riferita al **paziente** e alla **data** di compilazione
- b. Barrare le caselle riferite alle indicazioni richieste e compilare le altre voci secondo quanto richiesto
- c. Firmare sempre il modulo
- d. Per quanto concerne il mod. ____ relativo al Supporto della Rete Sociale non è necessario riportare il punteggio complessivo che verrà riportato dalla UVT

⁵ Pfeiffer E., *Journal of the American Geriatrics Society*, oct.1975, vol.23, n.10, 433-441

⁶ Schede 4a, 4b, e 5 sono liberamente tratte dalla Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e Anziano della Regione del Veneto - S.Va.M.A.



6. VERBALE U.V.T.

Compilatore:

1. **Medico della UVT tenuto conto delle indicazioni dei presenti come da elenco partecipanti indicato nel verbale stesso**

Note:

- a. Compilare sempre la casella riferita al **paziente** e alla **data** di compilazione
- b. Barrare con una croce le caselle riferite al punteggio da assegnare per attribuire il giudizio espresso sull' *item* esaminato
- c. Indicare sempre il Responsabile del Caso, la durata del progetto e la data di verifica, se trattasi di primo inserimento o di verifica.
- d. Il modulo deve essere firmato da tutti i componenti della UVT.