

	DISTRETTO 1 DI ALBA - DISTRETTO 2 DI BRA SEGRETERIA INTERDISTRETTUALE UVG TEL. 0173 594833 – 0173 316925 FAX 0173 316480 e.mail: aslcn2@legalmail.it	Codice procedimento: 12/DISTRETTI
		Termine per provvedere: - 1° valutazione: 90 gg. dalla richiesta - rivalutazione intensità di fascia: 30 gg. dalla richiesta
		Codice titolare: II.5.07.01

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/> Tabelle procedimenti di parte (aggiornato al 30/01/2020) – 01 distretti – 12/ distretti

Il sottoscritto Sig.

C.F.

RICHIEDE UNA VALUTAZIONE GERIATRICA

prima valutazione

adeguamento e/o rivalutazione

per una presa in carico di tipo:

semi-residenziale
inserimento in centro diurno

domiciliare

residenziale a tempo indeterminato
ricovero in Casa di Riposo/RSA

residenziale a tempo determinato*
ricovero temporaneo in Casa di Riposo/RSA

a favore di se stesso

OVVERO in caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato

a favore del sig.

C.F.

A TAL FINE consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000)

DICHIARA (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000)

che colui che deve essere valutato

è nato a _____ il ____ / ____ / ____

è residente a _____ in _____

è domiciliato presso _____ (se diverso dalla residenza)

a _____ in _____

(da compilare solo se il richiedente è persona diversa da colui che deve essere valutato) che il richiedente rispetto a colui che deve essere valutato è:

il tutore

il curatore

l'amministratore di sostegno

altro _____

specificare (ad es. figlio/a)

*(da compilare solo se si richiede un intervento residenziale a tempo determinato) che ha preso visione della "nota informativa sui ricoveri temporanei" (<https://www.aslcn2.it/media/2019/02/RICOVERO-TEMPORANEO-UVG-Nota-Informativa-2019.pdf>) e ne accetta i contenuti

Indicare la struttura prescelta (previo accordi con la stessa) _____

Indicare il periodo previsto per il soggiorno in struttura: _____

Tutte le comunicazioni inerenti il presente procedimento debbono essere inviate a:

Sig. _____

Via/piazza/corso _____

Comune _____

Prov. _____

Tel. _____

e-mail _____

ALLEGATI per PROGETTO RESIDENZIALE

- Impegnativa del medico curante
- Scheda Informativa Sanitaria compilata a cura dal curante (https://www.aslcn2.it/media/2018/04/SCHEDA_SANITARIA-MMGdel04012017-1.doc)
- Documento di identità del sottoscrittore
- Documento di identità del valutato (se diverso dal sottoscrittore)
- Verbale di invalidità civile e handicap (facoltativo)
- Indicatore ISEE (facoltativo) } Inserito in allegato
} Non inserito - Rinuncia al punteggio relativo alla valutazione economica
- Altro (specificare):

ALLEGATI per PROGETTO DOMICILIARI

- Impegnativa del medico curante
- Scheda Informativa Sanitaria compilata dal medico curante (https://www.aslcn2.it/media/2018/04/SCHEDA_SANITARIA-MMGdel04012017-1.doc)
- Documento di identità del sottoscrittore
- Documento di identità del valutato (se diverso dal sottoscrittore)
- Verbale di invalidità civile (obbligatorio per valutazione domiciliare)
- Indicatore ISEE socio-sanitario (obbligatorio per valutazione domiciliare).
- Altro (specificare):

Data / / Firma del richiedente

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI DATI INERENTI ALLA SALUTE

Gentile Interessato,

conformemente a quanto previsto dall'articolo 13 del D.Lgs. n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La informiamo che l'Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità (U.V.G.) tratterà dati definiti dalla legge (art. 4) come "Dati Personali" (es.: identificativi, anagrafici, economici) e "Dati Sensibili" (es.: stato di salute), relativamente alla valutazione sociosanitaria ed ai connessi adempimenti amministrativi, in qualità di Titolare del Trattamento.

Finalità del trattamento

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati personali (eventualmente dei familiari e dei congiunti) sono necessari per le finalità di valutazione socio-sanitaria e susseguente individuazione del Progetto individuale.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati sarà effettuato tramite l'utilizzo di strumenti e di procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Il personale incaricato farà uso di supporti cartacei e di strumenti elettronici. Oltre ai professionisti in ambito socio-sanitario, anche il personale preposto alla gestione amministrativa e organizzativa, ove sia responsabile o incaricato del trattamento, può venire a conoscenza dei suoi dati personali, nel rispetto del principio di necessità. A questi soggetti sono state fornite istruzioni specifiche ed è stato esteso l'obbligo di mantenere il segreto d'ufficio.

Durata del trattamento

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno conservati per ulteriori 10 anni dopo il decesso dell'interessato.

Facoltà di conferire i dati e conseguenze del rifiuto

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo. La informiamo che il mancato conferimento dei dati strettamente necessari comporta l'impossibilità di dare esito all'istanza di valutazione/rivalutazione.

In calce alla presente informativa Le sarà richiesto il consenso scritto al trattamento dei Suoi dati personali.

Comunicazione e diffusione

I dati personali comuni e, solo ove strettamente indispensabili, anche sensibili potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., oltre che agli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi.

Dritti dell'interessato

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è: **ASL CN2 ALBA BRA – aslcn2@legalmail.it**

D.P.O.

In osservanza al Regolamento Europeo sulla Privacy l'ASL CN2 ha nominato il Data Protection Officer (D.P.O.) ovvero una figura professionale con particolari competenze in campo informatico, giuridico, di valutazione del rischio e di analisi dei processi.

Il compito principale del DPO è l'osservazione, la valutazione e la gestione del trattamento dei dati personali allo scopo di far rispettare le normative europee e nazionali in materia di privacy. L'indirizzo mail del D.P.O. dpo2@aslcn2.it

Autorizzo l'ASL CN2 al trattamento dei miei dati personali/dei dati personali dell'interessato (in caso di richiesta presentata per conto di terzi, come consentito dall'art. 82, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196).

Data / / Firma del richiedente

N.B. In caso di variazione di domicilio, di ricovero ospedaliero, di decesso o rinuncia, si prega, di darne tempestiva comunicazione alla segreteria dell'U.V.G. tel.: 0173 594833 – 0173 316925, mail: uvvg.umvd@aslcn2.it



U.V.G.
RELAZIONE MEDICA

Codice procedimento: 12/DISTRETTI

Termine per provvedere: 90 gg. dalla richiesta

Codice titolare: Il.5.07.01

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA U.V.G.

Sig. _____

Nato a _____

il / /

Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti :

Terapia in atto:

CONDIZIONI ATTUALI:

CAPACITA' VISIVA:

Grave deficit visivo (anche con correzione)

Grave deficit uditivo (anche con correzione)

Note:

DEAMBULAZIONE:

Normale

Cammina con aiuto o assistenza

Presenta rischio di caduta

Costretto a letto, poltrona o carrozzella

Note:

INCONTINENZA

URINARIA

FECALE

saltuaria

saltuaria

permanente

permanente

CATETERE VESCICALE

COLOSTOMIA

Note:

ALIMENTAZIONE:

Autonoma

Deve essere imboccato

Presenza disfagia

Presenza PEG

Presenza di magrezza patologica

Note:

	U.V.G. RELAZIONE MEDICA	Codice procedimento: 12/DISTRETTI
		Termine per provvedere: 90 gg. dalla richiesta
		Codice titolario: II.5.07.01

DISTURBI MOTORI:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Instabilità motoria | <input type="checkbox"/> Deficit di equilibrio. |
| <input type="checkbox"/> Tendenza alle cadute | <input type="checkbox"/> Paralisi/paresi di (specificare) |

Note:

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

- | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Disturbi importanti della memoria | | |
| <input type="checkbox"/> Orientamento tempo/spaziale | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> patologico |
| <input type="checkbox"/> Episodi di disorientamento t/s | | |
| <input type="checkbox"/> Disorientamento costante | | |
| <input type="checkbox"/> Disturbi della parola | | |
| <input type="checkbox"/> Disturbi della comunicazione | | |

Note:

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agitazione psico motoria | <input type="checkbox"/> costante | <input type="checkbox"/> saltuaria |
| <input type="checkbox"/> Aggressività | <input type="checkbox"/> verbale | <input type="checkbox"/> fisica |
| <input type="checkbox"/> Deambulazione afinalistica | <input type="checkbox"/> fughe | <input type="checkbox"/> wandering |
| <input type="checkbox"/> Insonnia | | |
| <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno/veglia | | |
| <input type="checkbox"/> Utilizzo psicofarmaci (specificare) | | |

Note:

TONO DELL'UMORE

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Depresso | <input type="checkbox"/> Euforico |
| <input type="checkbox"/> Pratica/ha praticato terapie antidepressive | | |

Note:

LESIONI CUTANEE

- Presenza di lesioni cutanee (specificare sedi e attuali medicazioni)

ALLERGIE

- Presenza di allergie (specificare)

Data compilazione	/ /
SPECIALISTA CURANTE	

COGNOME NOME

TIMBRO E FIRMA

