



ALLEGATO N. 1
ESITO VALUTAZIONE UVM

REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale

Area Distrettuale _____

Distretto Sanitario di Base di _____

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Pratica/prot. n. _____

Autorizzazione n° _____

Registro UVM n. _____

Seduta UVM del ____/____/____

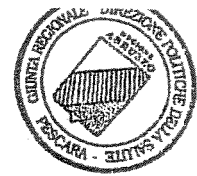
Valutazione su delega NO SI su delega della UVM del DSB di _____

A seguito della richiesta presentata il ____/____/____ l'Unità di Valutazione Multidimensionale	
<input type="checkbox"/> AUTORIZZA L'UTENTE	
<input type="checkbox"/> NON AUTORIZZA L'UTENTE	
Cognome:	Nome:
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nato a _____ il ____/____/____
Residente in _____	
Via _____ n. _____	
Codice Fiscale: _____	
Recapito telefonico e/o mail _____	
A.S.L. residenza _____	Medico curante: _____
Referente dell'utente: Cognome _____	Nome _____
Recapito telefonico e/o mail _____	
Grado di parentela _____	
Amministratore di Sostegno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tutore legale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Per le seguenti prestazioni

A) CENTRI DI RIABILITAZIONE

<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE RESIDENZIALE INTENSIVA	<input type="checkbox"/> Fascia A <input type="checkbox"/> Fascia B
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE RESIDENZIALE ESTENSIVA	<input type="checkbox"/> Internato Grave
	<input type="checkbox"/> Internato Medio Grave
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE SEMI-RESIDENZIALE	<input type="checkbox"/> Seminternato Grave
	<input type="checkbox"/> Seminternato Medio Grave
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE AMBULATORIALE	<input type="checkbox"/> Ambulatoriale Singolo
	<input type="checkbox"/> Ambulatoriale di Gruppo
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE DOMICILIARE	
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE EXTRA-MURALE	
<input type="checkbox"/> MEDICINA RIABILITATIVA COD. 56	
<input type="checkbox"/> ALTRO	
Periodo assegnato (o numero e frequenza delle sedute): _____	
ALLEGATA S.Va.M.Di (sezione riservata all'UVM)	



B) RSA - RP

<input type="checkbox"/> R.S.A. ANZIANI ◇ Fascia Prima ◇ Fascia Seconda ◇ Fascia terza
<input type="checkbox"/> R.S.A. DISABILI ADULTI ◇ Fascia Prima ◇ Fascia Seconda ◇ Fascia terza
<input type="checkbox"/> R.S.A. DEMENZE ◇ Fascia prima ◇ Fascia seconda
<input type="checkbox"/> RSA PSICO-GERIATRICA
<input type="checkbox"/> STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE ANZIANI
<input type="checkbox"/> STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE DEMENZE
<input type="checkbox"/> RESIDENZA PROTETTA (R.P.) ◇ Anziani ◇ Disabili
Periodo assegnato:
ALLEGATA: SVAMA/ S.Va.M.Di (sezione riservata all'UVM)

C) STRUTTURE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE

<input type="checkbox"/> RESIDENZA RIABILITATIVA PSICHIATRICA POST ACUZIE
<input type="checkbox"/> COMUNITA' TERAPEUTICA
<input type="checkbox"/> RESIDENZA PROTETTA
<input type="checkbox"/> CASA FAMIGLIA
<input type="checkbox"/> GRUPPO APPARTAMENTO DI CONVIVENZA
<input type="checkbox"/> SEMIRESIDENZIALITA' (CENTRO DIURNO)
Periodo assegnato:
ALLEGATO PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

DATA,

FIRMA E TIMBRO DEL COORDINATORE DELLA UVM

N.B. Per la fruizione delle prestazioni con oneri a carico del SSN presso strutture extraregionali:

- le Strutture extraregionali-accettanti devono essere dotate di regolare atto di accreditamento da parte della Regione di appartenenza, ai sensi dell'art 8 quinquies D. lgs 502/92;
- le Strutture extraregionali accettanti devono rispettare gli stessi adempimenti previsti per le Strutture della Regione Abruzzo ai sensi delle Linee Guida sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e della Unità di Valutazione Multidimensionale approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013 del 20-12-2013, pena il mancato riconoscimento economico delle prestazioni erogate.