

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE IMMEDIATE, DELLA POPOLAZIONE CON DISABILITÀ O SPECIFICHE NECESSITÀ

SPAZIO LOGO

Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Protezione Civile				
	ID SCI	HEDA:		
SEZIONE 1 - TRIAGE SOCIO SANITARIO				
Data III Ora II Comune:		OPERATORE VOLONTARIO COMPILATORE		
Area/Centro di assistenza:		Nome:		
Le informazioni di questa scheda sono fornito	e da:	Cognome:		
☐ Assistito ☐ Terza persona (specificare no	ome e grado di relazione):	Firma:		
		Associazione di volontariato:		
ASSISTITO				
Nome: Cognome:				
Data e luogo di nascita:				
Indirizzo:				
Codice Fiscale (se disponibile):				
Telefono cellulare:				
Nucleo familiare composto da (n. persone): l	_			
Animali domestici: Tipo	n.:			
MMG (Medico di famiglia): ASL:				
PERSONA DA CONTATTARE IN CASO DI NECES.		gnome:		
Telefono cellulare:				
COMPORTAMENTO	TIPO DI DISABILITÀ OG			
Collaborante	☐ Motoria	□ Uditiva		
□ Non collaborante	□ Visiva	□ Altro:		
□ Violento	☐ Cognitiva			
CODICE DI VALUTAZIONE ROSSO (R)		CODICE DI VALUTAZIONE VERDE (V)		
 Non in grado di collaborare per manifesta inabilità cognitiva; Collaborante ma con disabilità fisica richiedente ausili o assistenza; Minore, non accompagnato da genitori o familiari; Adulto di 80 anni o più; Stato di gravidanza. 		 Adulto di età compresa tra 18 e 64 anni; Minore accompagnato da familiari; Collaborante; Nessuna disabilità permanente o temporanea; Nessuna assunzione di farmaci per patologie croniche. 		
CODICE DI VALUTAZIONE GIALLO (G) o GIALLO SOLO PER TERAPIA FARMACOLOGICA (GT)		NOTE		
• Adulto tra 65 e 79 anni:				
• Effetto da patologie croniche (es. cardiologiche, diabete e metaboliche, respiratorie, psico-neurologiche, altre) per cui richiede valutazione sanitaria.				
• Al momento dichiara benessere, ma necessita di terapia farmacologica quotidiana per le sue patologie.				



SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE IMMEDIATE, DELLA POPOLAZIONE CON DISABILITÀ O SPECIFICHE NECESSITÀ

SPAZIO LOGO

Dipartimento de ll a Protezione Civi l e		
	ID SC	HEDA:
	SEZIONE 2 - COMPETEI	NZE INFERMIERISTICHE
IN CARICO AI SERVIZI		NOTE INFERMIERISTICHE
☐ Assistenza infermieristica domiciliare		Si richiede valutazione medica per visita:
☐ Assistenza Sociale		☐ Prescrizione farmaci quotidiani per patologie croniche
☐ SerT (Tossicodipendenze)		□ Pediatrica
☐ Centro Salute Mentale		□ Infettivologica
☐ Servizio di Psicologia		□ Psicologica
□ Altro:		□ Altro:
PATOLOGIE IN CORSO		
☐ Intolleranze Alimentari, Farmac	ci/Allergie	
		☐ Fistole:
I .		
		□ 02 TP:
ASSUNZIONE DI FARMACI		
☐ SÌ (indicare il nome del farm	aco):	
☐ SÌ (se non ricorda, indicarne la fu	ınzione):	
AUSILI PER L'INCONTINENZA	AUSILI PER IL MOVIMENTO	
☐ Catetere vescicale	☐ Sedia motorizzata	È POSSIBILE REPERIRE IN LOCO I FARMACI NECESSARI? SÌ NO
☐ Sacchetto per stomie	☐ Sedia manuale	
☐ Presidi assorbenti	☐ Sistema posturale	LA STRUTTURA IN CUI SI TROVA L'ASSISTITO
	☐ Bastone	CONSENTE ADEGUATE POSSIBILITÀ DI GESTIONE SÌ NO
	□ Deambulatore	DELLE SUE NECESSITÀ?
	☐ Arto artificiale	
ALLOGGIAMENTO CONSIGLIATO		
AREA DI ACCOGLIENZA/ABITAZIONE PRIVATA		■ STRUTTURA SOCIO-SANITARIA (es. RSA)
ALBERGO		OSPEDALE
- NEDERGO		— OOI EDNEE
DA COMPILARE IN CASO DI RIFIL	UTO ALLA DESTINAZIONE PRESCELTA	
□ II/la sottoscritto/a		☐ La persona rifiuta verbalmente davanti a testimoni la destinazione
identificato da documento,		consigliata e rifiuta di firmare il presente documento.
rifiuta il trasferimento presso struttura proposta, assumendosi ogni		·
responsabilità in merito.		Data I I I
Data III		Firma leggibile compilatore:
		100 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Firma leggibile:		Firma leggibile testimone: