PROTEZIONE CIVILE
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile
Dipartimento della Protezione Civile

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

SPAZIO LOGO

ID SCHEDA: _____

SEZIONE 1 - TRIAGE SOCIO SANITARIO

Data |___|___|___| Ora |___| Comune: _____

Area /Centro di assistenza: _____

Le informazioni di questa scheda sono fornite da:

☐ Assistito ☐ Terza persona (specificare nome e grado di relazione): _____

OPERATORE VOLONTARIO SANITARIO COMPILATORE

Nome: _____

Cognome: _____

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): |___|___|___|___|

Animali domestici: Tipo _____ n.: |___|___|

MMG (Medico di famiglia): _____ ASL: _____

PERSONA DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITÀ

Nome: _____ Cognome: _____

Qualifica (grado di parentela, tutore, ecc.) : _____

Telefono cellulare: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

COMPORTAMENTO

☐ Collaborante
☐ Non collaborante
☐ Violento

TIPO DI DISABILITÀ OGGETTIVA

☐ Motoria
☐ Visiva
☐ Cognitiva
☐ Uditiva
☐ Altro: _____

CODICE DI VALUTAZIONE ROSSO (R)

R

- *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.*

CODICE DI VALUTAZIONE VERDE (V)

V

- *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)

G

- *Adulto tra 65 e 79 anni;*
- *Effetto da patologie croniche (es. cardiologiche, diabete e metaboliche, respiratorie, psico-neurologiche, altre..) per cui richiede valutazione sanitaria.*

GT

- *Al momento dichiara benessere, ma necessita di terapia farmacologica quotidiana per le sue patologie.*

NOTE

_____

_____

_____

_____

_____

PROTEZIONE CIVILE
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile

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

SPAZIO LOGO

ID SCHEDA: _____

SEZIONE 2 - COMPETENZE INFERMIERISTICHE

IN CARICO AI SERVIZI

- ☐ Assistenza infermieristica domiciliare
- ☐ Assistenza Sociale
- ☐ SerT (Tossicodipendenze)
- ☐ Centro Salute Mentale
- ☐ Servizio di Psicologia
- ☐ Altro: _____

NOTE INFERMIERISTICHE

Si richiede valutazione medica per visita:

- ☐ Prescrizione farmaci quotidiani per patologie croniche
- ☐ Pediatrica
- ☐ Infettivologica
- ☐ Psicologica
- ☐ Altro: _____

PATOLOGIE IN CORSO

- ☐ Intolleranze Alimentari, Farmaci/Allergie _____
- ☐ Nefropatia: _____ ☐ Fistole: _____
- ☐ Metabolica: _____
- ☐ Cardiopatia: _____
- ☐ Respiratoria: _____ ☐ O2 TP: _____

ASSUNZIONE DI FARMACI

☐ SÌ (indicare il nome del farmaco): _____

_____

_____

_____

☐ SÌ (se non ricorda, indicarne la funzione): _____

_____

_____

AUSILI PER L'INCONTINENZA

- ☐ Catetere vescicale
- ☐ Sacchetto per stomie
- ☐ Presidi assorbenti

AUSILI PER IL MOVIMENTO

- ☐ Sedia motorizzata
- ☐ Sedia manuale
- ☐ Sistema posturale
- ☐ Bastone
- ☐ Deambulatore
- ☐ Arto artificiale

È POSSIBILE REPERIRE IN LOCO I FARMACI NECESSARI? SÌ NO

LA STRUTTURA IN CUI SI TROVA L'ASSISTITO CONSENTE ADEGUATE POSSIBILITÀ DI GESTIONE DELLE SUE NECESSITÀ? SÌ NO

ALLOGGIAMENTO CONSIGLIATO

- ☐ AREA DI ACCOGLIENZA/ABITAZIONE PRIVATA
- ☐ ALBERGO
- ☐ STRUTTURA SOCIO-SANITARIA (es. RSA)
- ☐ OSPEDALE

DA COMPILARE IN CASO DI RIFIUTO ALLA DESTINAZIONE PRESCELTA

☐ Il/la sottoscritto/a _____ identificato da documento _____, rifiuta il trasferimento presso struttura proposta, assumendosi ogni responsabilità in merito.

Data |___|___|___|

Firma leggibile: _____

☐ La persona rifiuta verbalmente davanti a testimoni la destinazione consigliata e rifiuta di firmare il presente documento.

Data |___|___|___|

Firma leggibile compilatore: _____

Firma leggibile testimone: _____