

Cognome _____ Nome _____

Società della
Salute di Firenze

**1. VALUTAZIONE COMPLESSIVA SULLO STATO DI
SALUTE E SUI BISOGNI RILEVATI**

UVM n. _____
Sede _____

Centro Sociale
dell'assistito

**2. IL SOGGETTO E' TOTALMENTE NON
AUTOSUFFICIENTE**

Sì No

**3. INDICAZIONI SUL PIANO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE**

**VALUTAZIONE
DEL GRADO
DI
AUTO-
SUFFICIENZA**

**Scheda
conclusiva**
*(scheda 8 Del.CR.
214/91)*

4. NECESSITA' DI VALUTAZIONE SUCCESSIVA

No 3 mesi 6 mesi 9 mesi 12 mesi in data _____

Gli operatori (cognome nome qualifica firma)



Il medico curante _____

Presenza dell'assistito e/o di familiare o del rappresentante legale

Sì No

Se Sì (cognome, nome, firma, qualifica (es. assistito, figlia/o, rappr. legale))

Firma _____

E' stato individuato il care manager Sì No

Se Sì (cognome, nome, qualifica)

data _____



Comune di Firenze