



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma,7 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA dell'A.S.L. NO

(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.)

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di altra persona, anche del proprio

RICHIESTA

SEGNALAZIONE

di Valutazione Multidimensionale

sanitaria

di Rivalutazione sociale

socio-sanitaria

al fine della definizione o ridefinizione di un Progetto socio-sanitario

per il Signor/ra _____
nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ Prov _____
via/piazza _____ n° _____ telefono _____
Codice Fiscale _____
Medico Curante: _____ tel. _____

La richiesta è avanzata dal

diretto interessato

o dal

tutore

amministratore di sostegno

Sig/ra _____

nato/a a _____

Prov _____

il ____ / ____ / ____

residente a _____

Prov _____

via/piazza _____

n° _____

telefono _____

e - mail _____



www.regione.piemonte.it/sanita

AZIENDA SANITARIA LOCALE NO

S.S. CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO E SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE – P.U.A. (Punto Unico di Accesso)

AREA NORD Viale Zoppis, 6

28021 BORGOMANERO

Tel.0322 848631 cotess.nord@asl.novara.it

Piazza De Filippi, 2

28041 ARONA

Tel.0322 516528 cotess.nord@asl.novara.it

AREA SUD

Viale Roma, 7

28100 NOVARA

Tel. 0321 374582 cotess.sud@asl.novara.it

Via Varzi, 21

28066 GALLIATE

Tel. 0321 801238 cotess.sud@asl.novara.it



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma,7 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

La segnalazione è avanzata dal

- coniuge/convivente (specificare) _____
- prossimo congiunto (specificare grado di parentela) _____
- altro (specificare) _____

Sig/ra _____
nato a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ Prov _____
via/piazza _____ n° _____ telefono _____
e - mail : _____

A tal fine:

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

COMUNICA CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra

riceve o ha ricevuto (nell'ultimo anno) interventi da

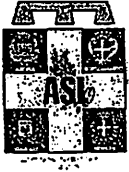
Servizio sanitario	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale /i
Servizio sociale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale /i



www.regione.piemonte.it/sanita

AZIENDA SANITARIA LOCALE NO
S.S. CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO E SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE – P.U.A. (Punto Unico di Accesso)

AREA NORD	Viale Zoppis, 6	28021 BORGOMANERO	Tel.0322 848631	cotess.nord@asl.novara.it
	Piazza De Filippi, 2	28041 ARONA	Tel.0322 516528	cotess.nord@asl.novara.it
AREA SUD	Viale Roma, 7	28100 NOVARA	Tel. 0321 374582	cotess.sud@asl.novara.it
	Via Varzi, 21	28066 GALLIATE	Tel. 0321 801238	cotess.sud@asl.novara.it



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma,7 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

=====
Il sottoscritto è altresì consapevole che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di consenso al trattamento dei dati, a firma della persona destinataria della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore o amministratore di sostegno).

In assenza del Consenso al trattamento dei dati non si potrà procedere alla valutazione/rivalutazione socio-sanitaria.

Luogo e data _____

(firma leggibile di chi presenta l'istanza)

A cura della segreteria UVG:

E' allegata alla domanda riferita a _____ la seguente documentazione (crociare le voci utilizzate):

- Impegnativa del Medico di Medicina Generale riportante l'indicazione "Valutazione Multidimensionale Codice 89.07
- Scheda informativa sanitaria
- Attestazione di richiesta del Modello ISEE
- Copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)
- Dichiarazione scritta di rifiuto alla presentazione della richiesta del Modello ISEE e della copia della DSU (in tal caso il punteggio della valutazione economica è pari a zero).

(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

**REGIONE
PIEMONTE**

www.regione.piemonte.it/sanita

AZIENDA SANITARIA LOCALE NO

S.S. CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO E SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE – P.U.A. (Punto Unico di Accesso)

AREA NORD Viale Zoppis, 6 28021 BORGOMANERO Tel.0322 848631 cotess.nord@asl.novara.it

Piazza De Filippi, 2 28041 ARONA Tel.0322 516528 cotess.nord@asl.novara.it

AREA SUD Viale Roma, 7 28100 NOVARA Tel. 0321 374582 cotess.sud@asl.novara.it

Via Varzi, 21 28066 GALLIATE Tel. 0321 801238 cotess.sud@asl.novara.it



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma,7 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

ALL' UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA dell'A.S.L. NO
(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.)

In riferimento alla pratica deposta presso Codesta segreteria UVG, riferita a:

Sig./ra _____

COMUNICA CHE

NON si intende presentare la richiesta del Modello ISEE, consapevole che pertanto il punteggio economico attribuito dalla Commissione sarà pari a 0.

Luogo e data _____

(firma leggibile di chi presenta l'istanza)



www.regione.piemonte.it/sanita

Azienda Sanitaria Locale NO

S.S. CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO E SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE – Responsabile Dr. Antonio Beffani

AREA NORD Viale Zoppis, 6 28021 BORGOMANERO Tel.0322 848631 cotess.nord@asl.novara.it

Piazza De Filippi, 2 28041 ARONA Tel.0322 516528 cotess.nord@asl.novara.it

AREA SUD Viale Roma, 7 28100 NOVARA Tel. 0321/374582 cotess.sud@asl.novara.it

Via Varzi, 21 28066 GALLIATE Tel. 0321/801238 cotess.sud@asl.novara.it



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma,7 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

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 Geriatrica (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 socio-sanitaria 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.

Facoltà di conferire i dati e conseguenze del rifiuto

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo. La 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;

Diritti 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: _____
(indicare la persona fisica responsabile a cui rivolgersi con il riferimento e-mail)*



www.regione.piemonte.it/sanita

AZIENDA SANITARIA LOCALE NO

S.S. CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO E SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE – P.U.A. (Punto Unico di Accesso)

AREA NORD Viale Zoppis, 6	28021 BORGOMANERO	Tel.0322 848631	cotess.nord@asl.novara.it
Piazza De Filippi, 2	28041 ARONA	Tel.0322 516528	cotess.nord@asl.novara.it
AREA SUD Viale Roma, 7	28100 NOVARA	Tel. 0321 374582	cotess.sud@asl.novara.it
Via Varzi, 21	28066 GALLIATE	Tel. 0321 801238	cotess.sud@asl.novara.it



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma,7 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

Espressione di CONSENSO al Trattamento dei DATI

Artt. 81- 82 del Decreto Legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"
Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di tutore o amministratore di sostegno, anche del proprio

Il Signor/ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

telefono/cell. _____ e-mail _____

Cod. Fisc. _____

oppure (se impossibilitato)

in qualità di:

tutore

amministratore di sostegno

il/la Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali e, con riferimento alla finalità di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria e susseguente individuazione del Progetto individuale, di:

esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati

negare il consenso al trattamento dei suoi dati

(il consenso è necessario allo svolgimento della valutazione/rivalutazione e in sua assenza non si potrà dare esito all'istanza).

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante _____



www.regione.piemonte.it/sanita

AZIENDA SANITARIA LOCALE NO

S.S. CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO E SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE – P.U.A. (Punto Unico di Accesso)

AREA NORD Viale Zoppis, 6 28021 BORGOMANERO Tel.0322 848631 cotess.nord@asl.novara.it

Piazza De Filippi, 2 28041 ARONA Tel.0322 516528 cotess.nord@asl.novara.it

AREA SUD Viale Roma, 7 28100 NOVARA Tel. 0321 374582 cotess.sud@asl.novara.it

Via Varzi, 21 28066 GALLIATE Tel. 0321 801238 cotess.sud@asl.novara.it



A.S.L. NO
Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma,7 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

ALL' UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA dell'A.S.L. NO
(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.)

In riferimento alla pratica deposta presso Codesta segreteria UVG, riferita a:

il/la sottoscritto/a _____

in qualità di _____, debitamente informato sulla
possibilità che lo/la stesso/a può essere inserito/a in una struttura accreditata, in
applicazione del principio della libera scelta decretata dalla vigente normativa
regionale,

ESPRIME LA PREFERENZA
Per la sottoindicata struttura

Luogo e data _____

In Fede _____

REGIONE PIEMONTE
www.regione.piemonte.it/sanita

Azienda Sanitaria Locale NO
S.S. CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO E SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE – P.U.A. (Punto Unico di Accesso)

AREA NORD	Viale Zoppis, 6	28021 BORGOMANERO	Tel.0322 848631	cotess.nord@asl.novara.it
	Piazza De Filippi, 2	28041 ARONA	Tel.0322 516528	cotess.nord@asl.novara.it
AREA SUD	Viale Roma, 7	28100 NOVARA	Tel. 0321/374582	cotess.sud@asl.novara.it
	Via Varzi, 21	28066 GALLIATE	Tel. 0321/801238	cotess.sud@asl.novara.it

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

- 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 sì no

- Urinaria saltuaria permanente catetere vescicale
- Fecale saltuaria permanente

Note: _____

ALIMENTAZIONE

- autonoma deve essere imboccato presenta disfagia
- Presenza di magrezza patologica sì no
- Presenza di obesità patologica sì no

Note: _____

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di _____

- Instabilità motoria sì no
- Deficit equilibrio sì no
- Tendenza alle cadute sì no

Note: _____

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

- Disturbi importanti della memoria sì no
- Orientamento temporo/spaziale normale patologico

se patologico

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Episodi di disorientamento t/s | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disorientamento costante | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della parola | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della comunicazione | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note: _____

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Aggressività verbale | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Pone domande ripetitivamente | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Allucinazioni/deliri | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Attività motoria afinalistica (wandering, fughe) | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Aggressività fisica | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Rifiuto dell'assistenza | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento alimentare gravemente alterato | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note: _____

Utilizzo di psicofarmaci (specificare)

TONO DELL'UMORE

normale

depresso

euforico

ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno sì no

sta assumendo terapie antidepressive sì no

Note

ALLERGIE

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Dialisi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Drenaggi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altro (specificare):

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____/____/____

Timbro e firma leggibile

MMG/Medico Curante



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma,7 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

La domanda UVG deve essere composta da:

- Modulo contenente i dati anagrafici dell'interessata/o compilato a cura della/o stessa/o o suo familiare;
- Scheda medica compilata a cura del Medico di Medicina Generale;
- Impegnativa del Medico di Medicina Generale con la prescrizione di "Consulto interdisciplinare definito complessivo - Codice 8907.2";
- Fotocopia del Verbale di invalidità se già accertata;
- Modello ISEE SOCIO SANITARIO DEL BENEFICIARIO o rinuncia alla consegna dell'ISEE;

ATTENZIONE:

1) Per l'erogazione del contributo economico ai sensi della DGR 39/2009 è necessario presentare l'ISEE socio sanitario del beneficiario e rinnovarolo annualmente, consegnandolo all'Ente Gestore dei Servizi Socio Assistenziali di riferimento per residenza;

2) In caso di necessità di integrazione economica della retta convenzionata è indispensabile rivolgersi all'Ente Gestore dei Servizi Socio Assistenziali di riferimento per residenza per conoscere quale documentazione presentare per accedere al beneficio.

La domanda UVG completa va consegnata presso le segreterie UVG nei Distretti sanitari di riferimento per residenza; nello specifico:

DISTRETTO NORD

BORGOMANERO	Viale Zoppis, 6 -28021	Tel.0322 848631
ARONA	Piazza De Filippi, 2 – 28041	Tel.0322 516528

DISTRETTO SUD

GALLIATE	Via Varzi, 21	Tel. 0321 801238
----------	---------------	------------------

da lunedì a venerdì 9,00 -12,00

DISTRETTO URBANO

NOVARA	Viale Roma, 7 - 28100	Tel. 0321 374582
--------	-----------------------	------------------

Ingresso C5 – piano terra - da lunedì a venerdì 9,00 – 11,00



www.regione.piemonte.it/sanita

Azienda Sanitaria Locale NO

S.S. CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO e presa in carico della fragilità – P.U.A. (Punto Unico di Accesso)

AREA NORD	Viale Zoppis, 6	28021 BORGOMANERO	Tel.0322 848631	uvg.bor@asl.novara.it
	Piazza De Filippi, 2	28041 ARONA	Tel.0322 516528	cotess.nord@asl.novara.it
AREA SUD	Viale Roma, 7	28100 NOVARA	Tel. 0321/374582	coordinamentouvg@asl.novara.it
	Via Varzi, 21	28066 GALLIATE	Tel. 0321/801238	cotess.sud@asl.novara.it