

PROPOSTA DI ATTIVAZIONE
UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE DISTRETTUALE (UVMD)

Al Responsabile del

DISTRETTO SANITARIO di: Imperia

Sanremo

Ventimiglia

Fax n°

Email

Il sottoscritto _____ (cognome e nome)

Medico di Medicina Generale – Pediatra di Libera Scelta – Medico di Continuità Assistenziale

_____ (qualifica professionale)

_____ (servizio di appartenenza)

tel. _____ fax _____

propone l'attivazione della Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale

per il/la sig/ra _____ (cognome e nome)

C.F.

nat ___ a _____ il _____

residente a: via _____ C.A.P. _____

Comune _____ Località _____

Tel. _____

Motivazione:

Eventuale termine entro cui realizzare l'incontro: _____ data

MODULO 1 - ATTIVAZIONE UVMD

SEZIONE A CURA DEL PROPONENTE		SEZIONE A CURA DEL NUCLEO FISSO UVMD		
propone il coinvolgimento di:		<input type="checkbox"/> Si autorizza l'attivazione della UVMD con la partecipazione di:		
		SI	NO	Operatore/i individuato/i
<input type="checkbox"/>	MMG/PLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Distretto Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Distretto Sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Dipartimento Salute Mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Dipartimento Cure Primarie e Riabilitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Dipartimento Dipendenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Presidio Ospedaliero - Dipartimento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Altro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Altro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Data della richiesta: _____		<input type="checkbox"/> non si autorizza l'attivazione dell'UVMD Motivazione:		
Timbro e Firma del proponente		Data provvedimento _____		
Firma dell'interessato* (di chi ne fa le veci)		Timbro e Firma del Direttore del Distretto Sanitario:		
Con tale firma l'interessato esprime il proprio consenso alla richiesta di valutazione multidisciplinare di cui sopra.		Firma dell'Operatore Sociosanitario:		