



**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA DELLA VAL DI FASSA**  
“Azienda pubblica de Fascia de servijes per la persona”  
A.P.S.P. di Fassa - A.P.S.P. de Fascia

**Strada di Pré de Lejia, 12**  
**38036 SAN GIOVANNI DI FASSA** (Trento)

Tel. 0462.760240 - Fax 0462.760249  
C.F. - P. IVA 02110890221

*Valutazione mensile delle esigenze infermieristiche e/o riabilitative degli ospiti autosufficienti*

NOME E COGNOME OSPITE \_\_\_\_\_

Mese di riferimento: \_\_\_\_\_ / 2023

<b>VALUTAZIONE SANITARIA</b> (crocettare i punteggi per i quali la risposta è affermativa)	
Medicazione lesioni (vascolari, decubiti, oncologiche, chirurgiche)	6
Preparazione e somministrazione terapia	8
Terapia non somministrabile per os	3
Gestione devices (CV, presidi per ventilazione, stomie)	3
Diabete insulino-dipendente	8
Terapia TAO/ebpm	3
Rilevazione PV > 2v./mese	6
Necessità di aggiustamenti terapeutici > 1v./60 giorni	2
Gestione visite specialistiche > 2v./12 mesi	3
Necessità di valutazioni/presa in carico da parte dei servizi di riabilitazione	8
	Tot. _____ / 50

DATA VALUTAZIONE \_\_\_\_\_

Coordinatore Sanitario \_\_\_\_\_ - Coordinatore dei Servizi \_\_\_\_\_

Letto, approvato e sottoscritto.  
*Let, aproà e sotscrit.*

**Il Presidente / *L President***

F.TO - dott.ssa Barbara Bravi -

**Il verbalizzante / *Verbalisea***

F.TO - dott.ssa Elisa Emiliani -

Copia conforme all'originale, in carta libera per uso  
amministrativo.

*Copia valiva che l originè, sun papier senza bol per doura  
aministrativa.*

VISTO / *SOTSCRIT:*

San Giovanni di Fassa/*Sèn Jan, ai 04.01.2023*

**LA DIRETTRICE / LA DIRETORA**

*Dott.ssa Elisa Emiliani*