

# MANUALE

**Integrazione con Azienda Toscana Sud Est per invio  
Scheda Valutazione verso Software territoriale  
ASTER**

## DATI PRODUTTORE



Via Di Collodi, 6/C  
50141 Firenze  
www.millewin.it

## COME CONTATTARE MILLENNIUM

### ASSISTENZA TECNICA

-  800 949502 da rete fissa - 055 459 0530 da rete mobile
-  Fax: 055 4554.420
-  assistenza.millennium@dedalus.eu

### UFFICIO COMMERCIALE

-  800 949502 da rete fissa - 055 459 0530 da rete mobile
-  Fax: 055 4554.420
-  commerciale.millennium@dedalus.eu

## Sommario

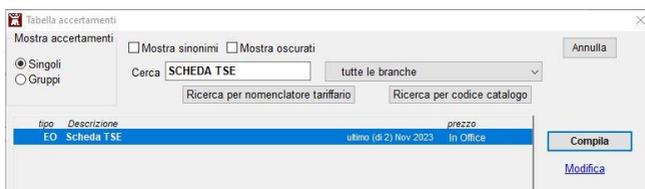
<b>INVIO SCHEDA VALUTAZIONE SANITARIA .....</b>	<b>4</b>
<b>COME COMPILARE LA SCHEDA .....</b>	<b>4</b>
<b>INVIO .....</b>	<b>6</b>
<b>VISUALIZZAZIONE DELLA SCHEDA.....</b>	<b>7</b>

## INVIO SCHEDA VALUTAZIONE SANITARIA

L'integrazione con Azienda Toscana Sud Est per l'invio della Scheda Valutazione Sanitaria si rende necessaria per richiedere servizi di assistenza sanitaria in base alle caratteristiche e ai bisogni del paziente riportati nella scheda stessa

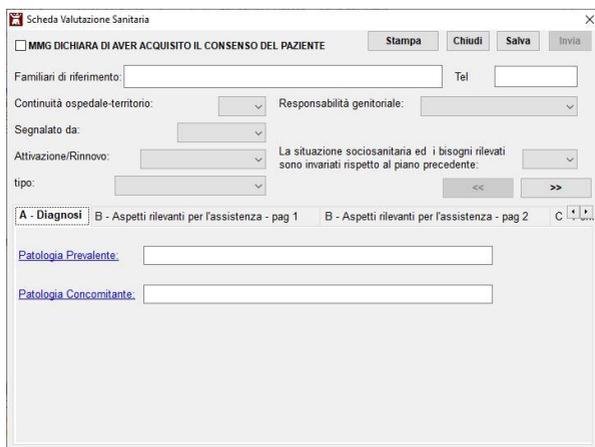
### COME COMPILARE LA SCHEDA

Avviare Millewin ed accedere alla cartella del paziente.  
Posizionarsi sulla sezione "Accertamenti" e digitare "Scheda TSE"



tipo	Descrizione	prezzo
EO	Scheda TSE	ultimo (di 2) Nov 2023 In Office

Una volta richiesta si aprirà in automatico la maschera "Scheda Valutazione Sanitaria" da compilare



MMG DICHIARA DI AVER ACQUISITO IL CONSENSO DEL PAZIENTE

Familiari di riferimento: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Continuità ospedale-territorio: \_\_\_\_\_ Responsabilità genitoriale: \_\_\_\_\_

Segnalato da: \_\_\_\_\_

Attivazione/Rinnovo: \_\_\_\_\_ La situazione sociosanitaria ed i bisogni rilevati sono invariati rispetto al piano precedente: \_\_\_\_\_

tipo: \_\_\_\_\_ << >>

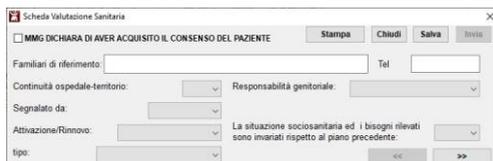
**A - Diagnosi** B - Aspetti rilevanti per l'assistenza - pag 1 B - Aspetti rilevanti per l'assistenza - pag 2 C < >

Patologia Prevalente: \_\_\_\_\_

Patologia Concomitante: \_\_\_\_\_

## Asl Toscana sud est – Invio Scheda Valutazione Sanitaria

La maschera dovrà essere compilata in ogni sua sezione sia nella parte superiore

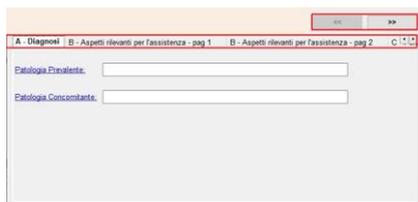


The screenshot shows the top part of a web form titled "Scheda Valutazione Sanitaria". It includes a checkbox for "MMG DICHIARA DI AVER ACQUISITO IL CONSENSO DEL PAZIENTE" and buttons for "Stampa", "Chiudi", "Salva", and "Invia". Below are several input fields and dropdown menus: "Familiari di riferimento:" with a "Tel:" field; "Continuità ospedale-territorio:"; "Responsabilità genitoriale:"; "Segnalato da:"; "Attivazione/Rinnovo:"; "La situazione sociosanitaria ed i bisogni rilevati sono invariati rispetto al piano precedente:"; and "tipo:" with left and right arrow buttons.

sia nelle varie schede presenti nella parte inferiore della maschera:

- Diagnosi
- Aspetti rilevanti per l'assistenza – pag1
- Aspetti rilevanti per l'assistenza – pag2
- Periodicità accessi
- Operatori/Servizi coinvolti
- Attivazione assistenza farmaceutica domiciliare
- Piano assistenziale integrato

navigabili utilizzando le frecce come in figura



The screenshot shows the bottom part of the form, specifically the navigation section. It features a tabbed interface with tabs labeled "A - Diagnosi", "B - Aspetti rilevanti per l'assistenza - pag 1", "B - Aspetti rilevanti per l'assistenza - pag 2", and "C". Below the tabs are two input fields: "Patologia Prevalente:" and "Patologia Concomitante:". Navigation arrows are visible at the top of the form area.

Cliccando su “Salva” è possibile, in qualsiasi momento, salvare la Scheda TSE e riapirla in seguito per terminare la compilazione ed eseguire l’invio.



This is a close-up screenshot of the bottom right corner of the form. It shows the "Stampa", "Chiudi", "Salva", and "Invia" buttons. The "Salva" button is highlighted with a red rectangular box.

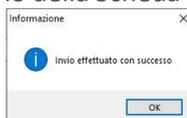
## INVIO

Una volta terminata la compilazione della scheda, il MMG dovrà obbligatoriamente impostare  **MMG DICHIARA DI AVER ACQUISITO IL CONSENSO DEL PAZIENTE** per abilitare il tasto “**Invia**”.



Cliccando su “**Invia**”, verrà eseguito l’invio della Scheda TSE al portale Aster.

Al termine il medico vedrà il messaggio



## VISUALIZZAZIONE DELLA SCHEDA

Una volta salvata, riaprendo la maschera e cliccando su “Stampa”

MMG DICHIARA DI AVER ACQUISITO IL CONSENSO DEL PAZIENTE

Stampa

Chiudi

Salva

Invia

verrà visualizzata la Scheda TSE compilata, in formato PDF.

		N. CARTELLA _____	
Cognome Nome _____		data nascita _____ Sesso _____	
indirizzo attuale _____		Comune _____ Tel _____	
Eventuale familiare di riferimento _____		ADOSSI MARIO _____ Tel _____ 333324567	
Repressibilità genitoriale: <input type="checkbox"/> Esterno <input type="checkbox"/> Sistema <input type="checkbox"/> Scondita <input type="checkbox"/> Autore <input type="checkbox"/> Struttura pubblica o convenzionata		Il caso è in Continuità ospedale-territorio: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Segregato da <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Ospizio <input type="checkbox"/> ALTRO _____	
ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> RINNOVO <input type="checkbox"/> LAG* <input type="checkbox"/> LAG* <input type="checkbox"/> LAG* (solo per i casi non UNMS) <input type="checkbox"/> RUCHE INTERMEDIE			
Chiede Locale Cure Palliative <input type="checkbox"/> Chiede CP Pediatriche Dom <input type="checkbox"/> Chiede Locale Terapia del Dolore <input type="checkbox"/> SPODICE			
*in allegato il C.C. come da ACR vigente			
<b>RINNOVO DEL PIANO</b>			
La situazione socio-sanitaria ed il bisogno rivisitati sono invariati rispetto al piano precedente <input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Se sì, compilare dal punto D			
<b>A) DIAGNOSI</b>			
Patologia Prevalente _____		J65 ATROFIA NUTRIZIONALE (D202)	
Patologia Contemporanea _____		J65.02 GLAUCOMA AD ANGOLO ANATOMICO STRETTO (D202)	
<b>B) ASPETTI RILEVANTI PER L'ASISTENZA</b>			
Autonomia (solo per 16 aa) <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dip.			
Grado mobilità (solo per 23 aa) <input checked="" type="checkbox"/> Si sposta da solo (con ausili) <input type="checkbox"/> Si sposta assistito <input type="checkbox"/> non si sposta			
Disturbi cognitivi <input type="checkbox"/> assenti/lievi <input checked="" type="checkbox"/> moderati <input type="checkbox"/> gravi			
Disturbi comportamentali <input type="checkbox"/> assenti/lievi <input type="checkbox"/> moderati <input checked="" type="checkbox"/> gravi			
Supporto sociale <input checked="" type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> presente part. o tempor. <input type="checkbox"/> non presente			
Fragilità familiare <input checked="" type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> assente			
<input type="checkbox"/> rischio rievitato <input type="checkbox"/> S.C.G.			
<input type="checkbox"/> Rischio aspirazione/drenaggio polmonare <input checked="" type="checkbox"/> Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolare/infusione			
<input checked="" type="checkbox"/> Disgregato <input type="checkbox"/> Costione stabile controllato			
<input checked="" type="checkbox"/> Ventiloterapia <input type="checkbox"/> Controllo del dolore			
<input checked="" type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Assistenza per l'alimentazione ritiro senso/veglia			
<input checked="" type="checkbox"/> Alimentazione assistita <input checked="" type="checkbox"/> Interventi di educazione terapeutica			
<input type="checkbox"/> Alimentazione enterale <input type="checkbox"/> Cura di ulcere catene di 1 e II grado			
<input type="checkbox"/> Alimentazione parenterale <input checked="" type="checkbox"/> Cura di ulcere catene di III e IV grado			
<input type="checkbox"/> Gestione della tosse <input type="checkbox"/> Cura di ulcere catene di III e IV grado			
<input type="checkbox"/> Mancanza per fasciare e alimentazione urinaria/intestinale <input type="checkbox"/> Supporto completo			
<input type="checkbox"/> Profilo sensoriale non occasionale <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
<input type="checkbox"/> Cure Palliative <input type="checkbox"/> Trattamento riabilitativo motorio			
<input type="checkbox"/> Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità <input type="checkbox"/> Trattamento riabilitativo motorio			
<input type="checkbox"/> Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità <input type="checkbox"/> Trattamento riabilitativo di sintesi con disabilità			
<input type="checkbox"/> Assistenza IADL <input type="checkbox"/> Assistenza ADL			
<b>C) PER LE ATTIVAZIONI/RINNOVI PERIODICITÀ ACCESSI</b>			
DATA INIZIO _____	DATA FINE _____	ACCESSO MMG(PUP M.O.S.S.G. (V7)) _____	
2023-11-30	2024-11-28	Giornaliera	