

SCHEDA DI INSERIMENTO

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

<input type="checkbox"/>	RSA
<input type="checkbox"/>	CDI
<input type="checkbox"/>	MINIALLOGGI

Parte per il Medico curante

Informazioni anagrafiche																	
Nome _____ Cognome _____																	
Nato a _____ il ___/___/___ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____																	
<p>Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)</p>																	
<p>Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse</p>																	
<p>Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti</p>																	
<p>Dispositivi in uso</p>	<table> <tr> <td>Catetere vescicale.....</td> <td>Sondino naso-gastrico</td> </tr> <tr> <td>PEG</td> <td>Catetere venoso centrale</td> </tr> <tr> <td>Pace-maker</td> <td>ICD (defibrillatore)</td> </tr> <tr> <td>Tracheostomia.....</td> <td>Stomie</td> </tr> <tr> <td>Broncoaspirazione.....</td> <td>Porth-a-cath</td> </tr> <tr> <td>Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilatore per insuff. respiratorie gravi</td> <td></td> </tr> </table>	Catetere vescicale.....	Sondino naso-gastrico	PEG	Catetere venoso centrale	Pace-maker	ICD (defibrillatore)	Tracheostomia.....	Stomie	Broncoaspirazione.....	Porth-a-cath	Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro)		Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno		Ventilatore per insuff. respiratorie gravi	
Catetere vescicale.....	Sondino naso-gastrico																
PEG	Catetere venoso centrale																
Pace-maker	ICD (defibrillatore)																
Tracheostomia.....	Stomie																
Broncoaspirazione.....	Porth-a-cath																
Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro)																	
Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno																	
Ventilatore per insuff. respiratorie gravi																	
<p>Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori</p>																	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro) 																	
<p>Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (<i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i>), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) ALLERGIE</p>																	
<p>Cadute negli ultimi sei mesi</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																

Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare	
Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note _____	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile <input type="checkbox"/> Acuzie	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg. con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	<i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si richiede visita domiciliare</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

data

firma

.....

.....

CERTIFICAZIONE MEDICA

Data Emissione modulo	05/08/2024	Numero modulo	08	Versione	02
-----------------------	------------	---------------	----	----------	----

Cognome e Nome (Paziente) _____ Data compilazione _____

Capacita' di usare il telefono	
Usa il telefono di propria iniziativa	1
Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1
Risponde ma non è capace di comporre il numero	1
Non risponde al telefono	0
Non applicabile	NA
Fare Acquisti	
Fa tutte le proprie spese senza aiuto	1
Fa piccoli acquisti senza aiuto	0
Ha bisogno di essere accompagnato	0
Completamente incapace di fare acquisti	0
Non applicabile	NA
Preparazione del cibo	
Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata	0
Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0
Non applicabile	NA
Governo della casa	
Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesanti)	1
Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa	1
Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	1
Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0
Non applicabile	NA
Biancheria	
Fa il bucato personalmente e completamente	1
Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
Non applicabile	NA
Mezzi di trasporto	
Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza	0
Non si sposta per niente	0
Non applicabile	NA
Responsabilità nell'uso dei farmaci	
Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
Non applicabile	NA
Capacita' di maneggiare il denaro	
Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
E' in grado di fare piccoli acquisti	0
E' incapace di maneggiare i soldi	0
Non applicabile	NA
Totale funzioni perse	
___/___	

CERTIFICAZIONE MEDICA

Cognome e Nome (Paziente) _____

Data compilazione _____

IGIENE PERSONALE	
-Incapace ad attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti	0
-Necessita di aiuto per tutte le operazioni	1
-Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene	3
-In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni	4
-Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, ogni tipo di rasoio, comprese tutte le applicazioni necessarie. Una donna deve essere capace di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli)	5
BAGNO/DOCCIA (Lavarsi)	
-Totale dipendenza nel lavarsi	0
-Necessita di aiuto per tutte le operazioni	1
-Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi	3
-Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.)	4
-Capace di fare il bagno in vasca, la doccia o una spugnatrice completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato	5
ALIMENTAZIONE	
-Dipende per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato	0
-Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente	2
-Capace di alimentarsi da solo con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate (versare latte nel tè, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata)	5
-Indipendente nell'alimentarsi con cibi preparati su vassoi, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona	8
-Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di applicarlo, tagliare la carne e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	10
USO DEI SERVIZI (Toilette)	
-Completamente dipendente	0
-Necessita di aiuto per tutti gli aspetti	2
-Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani	5
-Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla	8
-Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o il pappagallo ma deve essere in grado di svuotarla e pulirla	10
SALIRE LE SCALE	
-Incapace di salire o scendere le scale	0
-Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili)	2
-Capace di salire/scendere le scale ma non di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza	5
-In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza o a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.	8
-In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza senza aiuto o supervisione, di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario; è in grado di portarli con sé durante la salita o la discesa. Questo punteggio viene attribuito anche nel caso l'incapacità dipenda dalle condizioni generali del paziente o comunque da qualsiasi patologia	10
VESTIRSI (Abbigliamento)	
-Dipende sotto tutti gli aspetti e non collabora	0
-Capace di collaborare in qualche modo ma dipendente sotto tutti gli aspetti	2
-Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento	5
-Necessita solo di minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci, scarpe	8
-Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe o toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi	10
CONTINENZA URINARIA	
-Incontinente o catetere a dimora. Dipende per l'applicazione di dispositivi interni o esterni	0
-Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo interno o esterno	2
-In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario uso parziale dei dispositivi	5
-Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni	8
-Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni	10
CONTINENZA INTESTINALE	
-Incontinente	0
-Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie	2
-Capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire tecniche facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
-Può necessitare di supervisione con l'uso di supposte o enteroclima, occasionali perdite	8
-Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclima se necessario	10

CERTIFICAZIONE MEDICA

Cognome e Nome (Paziente) _____

Data compilazione _____

DEAMBULAZIONE	
-Non in grado di deambulare	0
-Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione	3
-Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi	8
-Indipendente nella deambulazione ma con autonomia (50 metri). Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose	12
-Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastone o walker e di deambulare per 50 metri senza aiuto o supervisione	15
USO DELLA CARROZZINA (alternativo a deambulazione)	
<i>-Usare questo item solo se il paziente è stato classificato "0" nella Deambulazione e comunque solo dopo che sia stato istruito nell'uso della carrozzina</i>	
-Dipendente negli spostamenti con la carrozzina	0
-Capace di spostamenti solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre	1
-Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	3
-Capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette	4
-Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.). L'autonomia deve essere superiore a 50 metri	5
TRASFERIMENTI LETTO / SEDIA	
-Necessarie 2 persone per trasferirlo con o senza elevatore meccanico	0
-Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento	3
-Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento	8
-Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza	12
-Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. E' indipendente durante tutte le fasi	15

Parte riservata alla Direzione Sanitaria

Valutazione per ingresso	
Idoneità all'ingresso: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Ipotetica classe sosia _____ Nucleo di indirizzo _____	Altri servizi da proporre: <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> C-DOM <input type="checkbox"/> RSA A <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> HOSPICE
Eventuale approfondimento richiesto _____	
Rivalutazione dopo approfondimento _____	
Eventuali osservazioni (AD, note per ricovero,...): _____	

<i>(Parte da compilare soltanto in caso di ingressi con carattere d'urgenza)</i>	
Relazione per ingresso urgente	
Caratteristica dell'urgenza: <input type="checkbox"/> socio-assistenziale <input type="checkbox"/> sociale <input type="checkbox"/> clinica	
Motivazione dell'urgenza: _____ _____ _____	
Data _____	Firma _____