**SCHEDA SANITARIA**

### *\*Da compilarsi a cura del medico di famiglia*

## COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso M F

**Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RESIDENZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## A - VALUTAZIONE COMORBILITA’ E SEVERITA’ ( CIRS )

**①** assenteNessuna compromissione di organo/sistema.

**②** lieve La compromissione d’organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto o no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).

**③** moderatoLa compromissione d’organo/sistema interferisce con la normale attività, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture).

**④** grave  **L**a compromissione d’organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile,enfisema polmonare, scompenso cardiaco).

**⑤** molto grave **L**a compromissione d’organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***PATOLOGIE IN ATTO*** | ***DIAGNOSI***  ***(Quadro da compilarsi obbligatoriamente)*** | ***PUNTEGGIO*** |
| **1** | **CARDIACA**  (solo cuore) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |
| **2** | **IPERTENSIONE** (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |
| **3** | **VASCOLARI**  (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |
| **4** | **RESPIRATORIE** (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |
| **5** | **O.O.N.G.L.**  (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |
| **6** | **APPARATO GASTRO ENTERICO SUPERIORE** (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |
| **7** | **APPARATO GASTRO ENTERICO INFERIORE** (intestino, ernie) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |
| **8** | **EPATOPATIE**  (solo fegato) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |
| **9** | **RENALI**  (solo rene) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |
| **10** | **ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE**  (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |
| **11** | **SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRO-CUTE**  (muscoli, scheletro, tegumenti) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |
| **12** | **SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**  (non include la demenza) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |
| **13** | **ENDOCRINE-METABOLICHE**  (include diabete, infezioni, stati tossici) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |
| **14** | **PSICHIATRICO-COMPORTAMENTALI** (demenza, psicosi, depressione, ansia, agitazione, psicosi) |  | **① ② ③ ④ ⑤** |

pag. 1 di 5

**B - VALUTAZIONE STATO FUNZIONALE ( BARTHEL MODIFICATO )**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Indice mobilità*** | | | | | |
| **Trasferimenti letto - sedia** | **①** | **②** | **③** | **④** | **⑤** |
| **deambulazione** | **①** | **②** | **③** | **④** | **⑤** |
| ***Locomozione su sedia a rotelle*** | **①** | **②** | **③** | **④** | **⑤** |
| **Igiene personale** | **①** | **②** | **③** | **④** | **⑤** |
| ***Alimentazione*** | **①** | **②** | **③** | **④** | **⑤** |

**Trasferimenti letto sedia**

1. **manca la capacità di collaborare al trasferimento, per il quale sono necessarie due persone, con o senza ricorso ad uno strumento meccanico**
2. **il paziente collabora, ma rimane necessaria la completa assistenza da parte di una persona in tutte le fasi delle manovra**
3. **per una o più fasi del trasferimento è necessaria l’assistenza prestata da una persona**
4. **occorre la presenza di una persona al fine di infondere fiducia o di garantire sicurezza**
5. **il paziente è in grado, senza correre pericoli, di accostare il letto manovrando una carrozzina, bloccarne i freni, sollevarne le pedane poggiapiedi, salire sul letto, coricarvisi, passare alla posizione seduta al bordo del letto, spostare la sedia a rotelle, risederci sopra. Si richiede l’autonomia in tutte le fasi del trasferimento.**

**Deambulazione**

1. **dipendenza rispetto alla locomozione**
2. **ai fini della deambulazione è indispensabile la presenza costante di una o più persone**
3. **è necessario aiuto per raggiungere e/o manovrare ausili. L’assistenza viene fornita da una persona**
4. **il paziente è autonomo nella deambulazione ma non riesce a percorrere 50 metri senza ricorrere ad aiuto, o, altrimenti, risulta necessaria una supervisione che garantisce fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose**
5. **qualora necessario il paziente deve essere capace di indossare dei corsetti, allacciarli e slacciarli, assumere la posizione eretta, sedersi, e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve inoltre essere in grado di adoperare stampelle, bastoni o un deambulatore, e percorrere 50 metri senza aiuto o supervisione.**

**Locomozione su sedia a rotelle**

**N.B. da compilare solamente se il paziente è quotato “ 1 “ rispetto alla deambulazione e solo se è stato istruito sull’uso della sedia a rotelle**

1. **il paziente è in carrozzina, dipendente per la locomozione**
2. **il paziente può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti, su superficie piana; riguardo a tutti gli altri aspetti della locomozione in carrozzina necessita di assistenza**
3. **è indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto ecc.**
4. **il paziente riesce a spingersi per durate ragionevoli sui terreni di più consueta percorrenza. E’ tuttavia ancora necessario aiutarlo limitatamente agli spazi più angusti.**
5. **per essere giudicato autonomo il paziente deve essere capace di girare attorno agli spigoli e su stesso con la sedia a rotelle, e di accostarla al tavolo, al letto, alla toilette ecc. Il paziente deve riuscire a percorrere almeno 50 metri.**

**Igiene personale**

1. **il paziente non è capace di badare all’igiene della propria persona ed è dipendente da tutti i punti di vista**
2. **è necessario assisterlo in tutte le circostanze dell’igiene personale.**
3. **è necessario aiutarlo in uno o più aspetti dell’igiene personale**
4. **il paziente è in grado di provvedere alla cura della propria persona, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo le operazioni da eseguire.**
5. **il paziente riesce a lavarsi le mani ed il volto, a pettinarsi, pulirsi i denti e radersi. Un maschio può usare qualsiasi tipo di rasoio ma deve essere in grado di inserirvi la lama o di collegarlo alla presa.**

**Alimentazione**

1. **il paziente è totalmente dipendente per quanto riguarda l’alimentazione, e va imboccato**
2. **riesce a manipolare una posata, di solito un cucchiaio, od un altro strumento, ma è necessaria la presenza di qualcuno che fornisca assistenza attiva durante il pasto**
3. **il paziente riesce ad alimentarsi sotto supervisione. L’assistenza è limitata a gesti più complicati, come versare latte o zucchero nel thè, aggiungere sale o pepe, imburrare, rovesciare un piatto, o altre attività di preparazione al pasto**
4. **il paziente è indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli ecc. la presenza di un’altra persona non è indispensabile**
5. **il paziente riesce a mangiare per conto proprio su una tavola apparecchiata. Deve essere in grado di adoperare da solo un ausilio, laddove necessario, e poter condire con sale, pepe o burro ecc.**

pag. 2 di 5**C - VALUTAZIONE DI COGNITIVITA’ E COMPORTAMENTO ( GBS )**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Confusione** | **①** | **②** | **③** | **④** |
| **Irritabilità** | **①** | **②** | **③** | **④** |
| ***Irrequietezza*** | **①** | **②** | **③** | **④** |

**Confusione**

1. **è completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata**
2. **è chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe**
3. **appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo**
4. **è in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l’ambiente**

**Irritabilità**

1. **qualsiasi contatto è causa di irritabilità**
2. **uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare**
3. **mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete**
4. **non mostra segni di irritabilità ed è calmo**

**Irrequietezza**

1. **cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi, ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo**
2. **appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano**
3. **mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante le conversazioni, ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti**
4. **non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.**

**D - VALUTAZIONE DEL SENSORIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASPETTI PSICOSENSORIALI** | **assente** | **limitata** | **integra** |
| **Capacità di comunicare** | **①** | **②** | **③** |
| **Vista** | **①** | **②** | **③** |
| **Udito** | **①** | **②** | **③** |

## E – ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Neoplasia maligna | ① no | ② si |
| AIDS | ① no | ② si |
| Malattie progressive SNC | ① no | ② si |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Accidenti cerebrali: | | ① no | ② recenti | ③ pregressi |
| Esiti: ① afasia ② disfasia | ① emi ② para ③ tetra ① paresi ② plegia | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Trauma / intervento chirurgico | ① no | ② frattura femore | ③ altre fratture |
| ④ protesi anca | ⑤ interv. chirurgici | ⑨ altro |

**Lesioni da decubito**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stadiazione** | **NO** | **1°** | **2°** | **3°** | **4°** |
| **Punteggio** | **⓪** | **①** | **②** | **③** | **④** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ausili prevenzione lesioni | Letto  no ① ② si | Materassino  no ① ② si |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dipendenza | ① no | ② alcool | ③ stupefacenti | ⑨ altro |

Pag. 3 di 5

**Ausili per la gestione dell’insufficienze funzionali già in uso**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ausili per il movimento** | Bastone/gruccia  no ① ② si | Arto artificiale  no ① ② si | Carrozzina  no ① ② si |
| **Gestione incontinenza** | Presidi assorbenti  no ① ② si | Catetere vescicale  no ① ② si | Ano artificiale  no ① ② si |
| **Gestione diabete** | Solo dieta  no ① ② si | Antidiabetici orali  no ① ② si | Insulina  no ① ② si |
| **Alimentazione artificiale** | Sondino  no ① ② si | PEG  no ① ② si | Parenterale totale  no ① ② si |
| **Insufficienza respiratoria** | O² intermittente  no ① ② si | O² costante  no ① ② si | Ventilatore  no ① ② si |
| **Dialisi** | Peritoneale  no ① ② si | Extracorporea  no ① ② si |  |

**E - ALTRI PROBLEMI CLINICI**

* + - Nessuno
    - Tracheotomia
    - Ozono terapia con Ozono liquido
    - Ozono terapia con Ozono gassoso
    - Ventilazione polmonare assistita
    - Coma o stato neurovegetativo
    - Radioterapia
    - Chemioterapia

## F - DISTURBI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI - UMORE

* + - Disorientamento tempo/spazio
    - Ansia
    - Depressione
    - Deliri (di persecuzione, gelosia, ecc.)
    - Allucinazioni
    - Agitazione psicomotoria diurna
    - Agitazione psicomotoria notturna
    - Vagabondaggio
    - Insonnia
    - Affaccendamento
    - Aggressività – auto e/o eterodiretta
    - Urla e lamentazioni ripetitive
    - In cura presso servizi psichiatrici
    - Tentati suicidi
    - Eventuali note:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pag. 4 di 5

## G - ALIMENTAZIONE

🞏 Disfagia

🞏 Malnutrizione

🞏 Obesità

🞏 Abbisogna di cibi frullati e/o omogeneizzati

## H - TERAPIA RIABILITATIVA IN CORSO

1 - NO 🞏 2 - SI 🞏

## I - VALUTAZIONE DELLA STABILITÀ CLINICA DEL PAZIENTE

* + - ***STABILE*** : con monitoraggio medico-infermieristico programmabile di routine mensilmente o più.
    - ***MODERATAMENTE STABILE***: con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile più volte al mese, meno di una volta la settimana.
    - ***MODERATAMENTE INSTABILE***: con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile da una a più volte la settimana.
    - ***INSTABILE***: con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale da quotidiano a pluriquotidiano.

## L - TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergia a farmaci 1 – NO 🞏 2 - SI 🞏

Se si quali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RISERVATO ALLA RSA: CLASSE SOSIA \_\_\_\_\_\_

Pag. 5 di 5