



## **SCHEDA SANITARIA**

*(a cura del medico di famiglia)*

<b>COGNOME</b> _____	<b>NOME</b> _____
<b>Data di nascita</b> ___/___/_____	<b>Sesso</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

### **A - VALUTAZIONE COMORBILITA' E SEVERITA' ( CIRS )**

- ① assente            Nessuna 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 moderato        La compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture).
- ④ grave             La 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    La compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia).

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



<i>Indice mobilità</i>					
<b>Trasferimenti letto - sedia</b>	①	②	③	④	⑤
<b>deambulazione</b>	①	②	③	④	⑤
<b>Locomozione su sedia a rotelle</b>	①	②	③	④	⑤
<b>Igiene personale</b>	①	②	③	④	⑤
<b>Alimentazione</b>	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 manovre
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 poggiatesta, 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 cucchiaino, 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 tè, 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.



## C - VALUTAZIONE DI COGNITIVITA' E COMPORTAMENTO ( GBS )

<b>Confusione</b>	①	②	③	④
<b>Irritabilità</b>	①	②	③	④
<b>Irrequietezza</b>	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
<b>Capacità di comunicare</b>	①	②	③
<b>Vista</b>	①	②	③
<b>Udito</b>	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	⑥ altro



### Lesioni da decubito

<b>Stadiazione</b>	<b>NO</b>	<b>1°</b>	<b>2°</b>	<b>3°</b>	<b>4°</b>
<b>Punteggio</b>	①	①	②	③	④

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

Dipendenza	① no	② alcool	③ stupefacenti	④ altro
------------	------	----------	----------------	---------

### Ausili per la gestione dell'insufficienze funzionali già in uso

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

### D - ALTRI PROBLEMI CLINICI

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



## **E - 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:
- 
- 

## **F - ALIMENTAZIONE**

- Disfagia
- Malnutrizione
- Obesità
- Abbisogna di cibi frullati e/o omogeneizzati

## **G - TERAPIA RIABILITATIVA IN CORSO**

1 - NO

2 - Sì

## **H - 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.



## I - TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Allergia a farmaci

1 – NO

2 - Sì

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

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico

\_\_\_\_\_