

AREA NEUROLOGICA AREA ORTOPEDICA

Cognome		Nome	
.....		
Data Nascita	Luogo	Sesso	
...../...../.....	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F	
Domicilio (indirizzo abitazione)			telefono
.....		
Residente in Lombardia:	<input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si	Invalidità:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> In corso
Cittadino Extra UE:	<input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si	Accompagnamento:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> In corso
Inviante			telefono
<input type="checkbox"/> Ospedale
Reparto
Referente
<input type="checkbox"/> Altro (MMG, medico specialista, ecc.)			telefono
.....		
Caregiver/persona di riferimento			telefono
.....		

AREA CLINICA	
EVENTO INDICE	(evento che ha determinato il ricovero in ospedale e da cui deve essere dimesso con una diagnosi oppure evento al domicilio che determina una recente modifica dello stato clinico-assistenziale-funzionale entrambi passibile o meno di ripristino clinico-funzionale)
DIAGNOSI
Data evento indice, se individuabile:/...../.....
Altrimenti specificare il periodo:	<input type="checkbox"/> meno di 3 mesi <input type="checkbox"/> meno di 6 mesi <input type="checkbox"/> meno di un anno
Mezzo di sintesi	(se posizionato un mezzo di sintesi specificarne il tipo/materiale per possibili incompatibilità in indagini radiologiche o terapie)
.....	
Infezioni in atto:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI quale/i:
Nota/e da:/...../..... Terapia:	
Colonizzazioni note:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI quale/i:
Nota/e da:/...../..... Terapia:	
VALUTAZIONE DI INSTABILITÀ CLINICA (SCALA SIC)	
<input type="checkbox"/> 0 STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S programmabile, anche bisettimanale	
<input type="checkbox"/> 1 MODERATAMENTE STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio MMI/S programmabile una o più volte la settimana ma non quotidiano	
<input type="checkbox"/> 2 MODERATAMENTE INSTABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S routinario una volta al giorno	
<input type="checkbox"/> 3 INSTABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S semi-intensivo quotidiano (almeno un altro accesso oltre quello previsto di routine)	
<u>Legenda:</u> M - MI/S: Monitoraggio medico e/o infermieristico strumentale = visita medica completa o valutazione attenta "problema-orientata" e/o esami di laboratorio e/o strumentali	

AREA SOCIALE	
<input type="checkbox"/> 1 supporto sociale presente (vive in famiglia e i membri sono in grado di fornire il supporto necessario)	
<input type="checkbox"/> 2 parziale supporto sociale (vive solo oppure in famiglia ma i famigliari, anche se presenti, non sono in grado di fornire tutto il supporto necessario)	
<input type="checkbox"/> 3 assenza di supporto sociale (vive solo e non sono presenti figure di riferimento)	
Rientro a domicilio <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Probabile <input type="checkbox"/> Attivata pratica RSA	

**CONDIZIONE FUNZIONALE PRE-MORBOSA (RANKIN MODIFICATA)
RIFERITA ALLA CONDIZIONE PRECEDENTE L'EVENTO INDICE**

- 0 Nessun sintomo**
- 1 Non disabilità significativa:** nonostante la presenza di sintomi era in grado di svolgere tutte le attività (IADL e BADL) ed i compiti abituali
- 2 Disabilità lieve:** non in grado di eseguire tutte le IADL quotidiane ma autonomo nelle BADL, senza bisogno di supervisione o aiuto
- 3 Disabilità moderata:** richiedeva supervisione/aiuto nelle BADL, ma era in grado di deambulare senza assistenza
- 4 Disabilità moderatamente grave:** era incapace di deambulare e provvedere alle BADL senza assistenza
- 5 Disabilità grave:** allettato, incontinente, richiedeva assistenza continua

IADL: usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa, assunzione dei farmaci, uso del denaro

BADL: alimentazione, igiene personale, abbigliamento, bagno-doccia, continenza, uso del gabinetto, trasferimenti, deambulazione

COMORBIDITÀ

Cardiaca (solo cuore)	1	2	3	4	5
Iperensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	1	2	3	4	5
Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto laringe)	1	2	3	4	5
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5
Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1	2	3	4	5
Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)	1	2	3	4	5
Epatiche (solo fegato)	1	2	3	4	5
Renali (solo rene)	1	2	3	4	5
Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1	2	3	4	5
Sistema muscolo scheletrico-Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	1	2	3	4	5
Sistema nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)	1	2	3	4	5
Endocrine - Metaboliche (include diabete)	1	2	3	4	5
Psichiatrico-Comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5

Livello di gravità (legenda)

- | | | |
|---|-------------|---|
| 1 | Assente | Nessuna compromissione di organo/sistema |
| 2 | Lieve | La compromissione di organo/sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi) |
| 3 | Moderato | La compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. colestasi, 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) |

DISABILITA' (Modified Barthel Index) Totale /100

FUNZIONE O COMPITO	1 Incapace di eseguire il compito	2 Tenta di eseguire il compito, è insicuro	3 Richiesto aiuto moderato	4 Richiesto aiuto minimo	5 Totalmente indipendente
Igiene personale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fare il bagno	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Nutrirsi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Toeletta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Salire le scale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Vestirsi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Controllo intestino	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Controllo vescicale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Deambulazione	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 15
Sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Trasferimento sedia/letto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 15

In caso di mielolesione, disturbo di coscienza o patologia specifica (es. Sclerosi Multipla, ecc):

Scala A.S.I.A.

Glasgow Coma Scale

Altra (precisare)

CONDIZIONI GENERALI AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

- **Controllo del tronco**
 - nessun controllo
 - capace di mantenersi seduto con o senza supporto
 - buon controllo
- **Passaggi posturali**
 - indipendente
 - con aiuto
 - dipendente
- **Utilizza ausili per la deambulazione**
 - Si – quale:
 - No
- **Verticalizzazione**
 - Si
 - No
- **Carico concesso**
 - completo
 - parziale (.....%) – sino alla data/...../.....
 - assente – sino alla data/...../.....
- **Patologie Psichiatriche**
 - Si – specificare:
 - No
- **Demenza**
 - Si – specificare:
 - No
 - Diagnosi risalente a: > 3 mesi < 1 anno > 1 anno
- **Alterazioni del comportamento**
 - wandering
 - depressione
 - agitazione/aggressività
 - confusione/delirio
 - Inversione ritmo sonno-veglia
 -
- **Tentato suicidio**
 - Si – specificare:
 - No
- **Stato nutrizionale (peso kg**)
 - adeguato
 - obesità
 - malnutrizione
- **Lesioni da pressione/ferite chirurgiche**
 - Si – sede:
 - No
 - stadio:
- **Presenza di:**
 - Tracheostomia
 - CV
 - CVC/PICC/MIDLINE
 - PEG
 - SNG
 -
- **Necessità di:**
 - Monitor
 - Ventilazione
 - O2
 - Isolamento
 -

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (indicare il farmaco in uso e la posologia)

- | | |
|----------|----------|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 5. | 6. |
| 7. | 8. |
| 9. | 10. |
| 11. | 12. |

Eventuali farmaci con piano terapeutico:

Data.....

Timbro e Firma

UAR – Ufficio Accettazione Ricoveri

Istituto Palazzolo -
 Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS
 Via Don Luigi Palazzolo, 21 – 20149 Milano
 tel. 02/39703295-3260 - fax 02/33007193
cdc.palazzolo@dongnocchi.it