

Ufficio Ricoveri tel. 02/3970.3560-3295-3260 fax 02/33007193
Orari: dal lunedì al venerdì 08.30-17.00 orario continuato

SCHEDA DI VALUTAZIONE PER RICOVERO IN U.O. CURE SUB-ACUTE

Responsabile dr. PIERLUIGI GNOCCHI – Referente dr.ssa ELISABETTA MORELLO

COGNOME _____ NOME _____

data di nascita _____ Invalidità sì no in corso Sesso M F

cittadino extra UE sì no RESIDENTE in Lombardia sì no PROVENIENTE da:

OSPEDALE _____ reparto _____ tel. _____

DOMICILIO

_____ tel. _____

ALTRO (ad esempio RSA, Poliambulatorio)

_____ tel. _____

CAREGIVER/PERSONA DI RIFERIMENTO

_____ tel. _____

CRITERI DI SUFFICIENTE STABILIZZAZIONE CLINICA PER L'APPROPRIATEZZA DEL TRASFERIMENTO

Delibera n. IX/1479 del 30/03/2011 Regione Lombardia

Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi iper-ipotensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli poliforme ripetitive)	SI	NO
Respiro autonomo da >48 ore (anche se con ossigenoterapia) con SaO ₂ >95%, PO ₂ >60 mmHg, CO ₂ non >45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO ₂ > 90%. La presenza di cannula tracheotomia non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP)	SI	NO
Non insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete scompensato) o multiorgano	SI	NO
Assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni <ul style="list-style-type: none"> ✓ Temperatura corporea >38°C o <36°C ✓ Frequenza cardiaca >90 ✓ Frequenza respiratoria >20 atti/min o PCO₂ <32mmHg ✓ Globuli bianchi >12.000/mm³ o <4000/mm³ o >10% cellule immature 	SI	NO
Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG)	SI	NO
Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi chirurgici	SI	NO
Decadimento cognitivo MMSE <17	SI	NO
Paziente oncologico terminale	SI	NO
Paziente psichiatrico non controllato dalla terapia	SI	NO

BISOGNO ASSISTENZIALE

1) FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA		7)MOVIMENTO	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Parametri <3 rilevazioni die	2	Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento	2
Parametri ≥3 rilevazioni die	3	Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	Necessità di utilizzare il sollevatore	4
Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
Peso corporeo giornaliero o plurisetimanale	3		
Quantità urine	2	8) RIPOSO E SONNO	
		Senza aiuto/sorveglianza	1
2) FUNZIONE RESPIRATORIA		Sonno indotto con farmaci	2
Senza aiuto/sorveglianza	1	Disturbi del sonno	3
Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2	Agitazione notturna costante	4
Dispnea da sforzo grave	3		
Dispnea a riposo	4		
Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4	9)SENSORIO E COMUNICAZIONE	
Tosse acuta/cronica	3	Senza aiuto/sorveglianza	1
Parametri <3 rilevazioni die	2	Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
Parametri ≥3 rilevazioni die	3	Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
Ossigenoterapia	3	Deficit cognitivo lieve	2
Necessità di ventiloterapia notturna	3	Deficit cognitivo moderato	3
Presenza di tracheostomia	4	Deficit cognitivo grave	4
Terapia con nebulizzazioni	3	Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
3)MEDICAZIONI		10)AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE	
Assenza di medicazioni	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2	Apparecchi medicali dal domicilio	2
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	Rischio caduta medio-alta	4
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	Uso di mezzi di protezione	4
Ferita chirurgica non complicata	2	Attivazione assistente sociale	3
Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	Educazione sanitaria del care-giver	2
Moncone di amputazione da medicare	3	Pianificazione dimissioni con altre istituzioni	3
Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3		
Stomia recente da medicare	3	11) TERAPIE	
Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4	Assenza di terapie	1
		Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2
4) ALIMENTI E IDRATAZIONE		Terapia più di due volte die	3
Senza aiuto/sorveglianza	1	Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc) 1v/die	2
Prescrizione dietetica	2	Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3
Necessità di aiuto per azioni complesse	2	Antibiotico in infusione continua	3
Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3	Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4
Presenza di disfagia lieve	3	Nutrizione parenterale totale	3
Presenza di disfagia moderata/severa	4		
Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3	12) ALTRI BISOGNI CLINICI	
		Assenza di altri bisogni clinici	1
5) ELIMINAZIONE		Monitoraggio settimanale ematochimici	2
Senza aiuto/sorveglianza	1	Monitoraggio plurisetimanale ematochimici	3
Monitoraggio alvo	2	Necessità di consulenze specialistiche	3
Necessità di clisma	3	Necessità di follow-up strumentale	3
Necessità di essere accompagnato al WC	3	Necessità di fisioterapia di gruppo	2
Gestione della stomia	3	Necessità di fisioterapia individuale	3
Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2	Comorbilità lieve (CIRS – C<3)	2
Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)	3	Comorbilità severa (CIRS - C≥3)	3
Cateterismo durante il ricovero /a lunga permanenza	3	Necessità di educazione sanitaria del paziente	2
6) IGIENE ED ABBIGLIAMENTO			
Senza aiuto/sorveglianza	1		
Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2		
Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3		
Totale dipendenza /assenza di collaborazione	4		

MOTIVO DELLA RICHIESTA DI ACCESSO ALLE CURE SUB ACUTE:

INDICE INTENSITA' ASSISTENZIALE	1	2	3	4
Funzione cardiorespiratoria				
Respirazione				
Alimentazione ed idratazione				
Eliminazione urinaria ed intestinale				
Igiene ed abbigliamento				
Movimento				
Riposo e sonno				
Interazione della comunicazione				
Ambiente sicuro				
Procedure diagnostiche e terapeutiche				
INDICE INTENSITA' ASSISTENZIALE COMPLESSIVO ATTRIBUIBILE				

SINTESI ANAMNESTICA

Diagnosi principale _____

Comorbilità _____

PROGNOSI PREVISTA: _____ giorni (n. compreso tra 7 e 40)

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

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.

WANDERING DEPRESSIONE AGITAZIONE/AGGRESSIVITA' ETILISMO

STATO NUTRIZIONALE: ADEGUATO OBESITA' MALNUTRIZIONE

RIENTRO AL DOMICILIO: CERTO PROBABILE ATTIVATA PRATICA RSA

PROBLEMATICA SOCIALE: _____

Firma del Coord. Infermieristico o Infermiere compilante _____

Timbro e firma del medico compilante _____

data _____

**PER CONOSCERE L'ESITO DELLA PRATICA SI PREGA DI CONTATTARE L'UFFICIO
ACCETTAZIONE RICOVERI DUE GIORNI LAVORATIVI DOPO LA DATA DI
CONSEGNA. Grazie**