

La Struttura si riserva di richiedere una Relazione Medica integrativa. Per ricoveri in area Respiratoria o Cardiologica o Nucleo GCA compilare anche l'Allegato A.

AREA NEUROLOGICA AREA RESPIRATORIA AREA ORTOPEDICA AREA CARDIOLOGICA

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) – obbligatoria la compilazione	
<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)	
<i>Legenda: 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</i>	

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. colelitiasi, 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**
 - Sì – quale:
 - No
- **Verticalizzazione**
 - Sì
 - No
- **Carico concesso**
 - completo
 - parziale (.....%) – sino alla data/...../.....
 - assente – sino alla data/...../.....
- **Patologie Psichiatriche**
 - Sì – specificare:
 - No
- **Demenza**
 - Sì – 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**
 - Sì – specificare:
 - No
- **Stato nutrizionale (peso kg)**
 - adeguato
 - obesità
 - malnutrizione
- **Lesioni da pressione/ferite chirurgiche**
 - Sì – 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
 Centro I.R.C.C.S. "S. Maria Nascente" -
 Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS
 Via Capecelatro, 66 – 20148 Milano
 tel. 02/40308513-515 - fax 02/40308411
ufficio.ricoveri.smn@dongnocchi.it



SCHEDA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITÀ DI RIABILITAZIONE SPECIALISTICA ALLEGATO A

(da compilarsi solo in caso di richiesta di ricovero in Area Cardiologica, in Area Respiratoria o GCA)

AREA CARDIOLOGICA

Diagnosi di dimissione

<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> IMA (data/...../.....)	<input type="checkbox"/> Angioplastica (data/...../.....)	<input type="checkbox"/> By-pass (data/...../.....)
<input type="checkbox"/> Chirurgia valvolare (data/...../.....)	<input type="checkbox"/> Impianto Pace-maker (data/...../.....)	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
o Plastica			
o Sostitutiva			

Eventuali complicanze

<input type="checkbox"/> Shock cardiogeno	<input type="checkbox"/> Edema polmonare	<input type="checkbox"/> Aritmie	<input type="checkbox"/> Angina recidivante
<input type="checkbox"/> Insufficienza valvolare	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)		

Patologie associate

<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> Ictus / TIA	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
----------------------------------	---	--------------------------------------	---

AREA RESPIRATORIA

Terapie NON farmacologiche in corso:

<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica invasiva	(.....)	dal/...../.....
<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica NON invasiva	(.....)	dal/...../.....
<input type="checkbox"/> CPAP	(settaggio:)	dal/...../.....
<input type="checkbox"/> O ₂	(FiO ₂ o flusso)	dal/...../.....

Il presidio sopra indicato è stato prescritto per uso domiciliare: SI NO

Eventuali antibiotici assunti negli ultimi tre mesi:

.....

.....

NUCLEO GCA

GCS più bassa ____ Durata del coma (GCS <8) ____ GCS attuale ____ Apertura occhi dal ____/____/____

Funzioni vitali autonome dal ____/____/____ Respiro spontaneo dal ____/____/____

Manifestazioni di intenzionalità _____

Interventi chirurgici _____

Stato di vigilanza/coscienza:

<input type="checkbox"/> non vigile	<input type="checkbox"/> minima coscienza	<input type="checkbox"/> vigile, responsivo
<input type="checkbox"/> locked-in sindrome		<input type="checkbox"/> agitazione psico-motoria

Stato cognitivo:

<input type="checkbox"/> disorientamento	<input type="checkbox"/> deterioramento diffuso	<input type="checkbox"/> sind. frontale
<input type="checkbox"/> amnesia globale	<input type="checkbox"/> afasia	<input type="checkbox"/> altro

Motilità volontaria:

Arto superiore dx	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente
Arto inferiore dx	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente
Arto superiore sin.	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente
Arto inferiore sin.	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente

DIMISSIBILE DAL: ____/____/____

ALLEGARE VALUTAZIONE FISIATRICA/CLINICA

Data.....

Timbro e Firma