

SCHEDA DI PROPOSTA DI INSERIMENTO IN OSPEDALE DI COMUNITÀ

Da trasmettere a
 odc.pogliano@gruppozaffiro.it

DATA _____

Cognome e Nome

Data di Nascita Sesso M F

Residenza

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medico proponente

N° telefonico

N° telefonico di riferimento

Caregiver di riferimento

Grado di parentela

N° telefonico

PROVENIENZA

Domicilio:

Azienda, Unità Operativa, Reparto:

Motivazioni e obiettivi del ricovero in Ospedale di Comunità:

Previsione della durata del ricovero presso Ospedale di Comunità:

.....

Diagnosi di ingresso e co-morbilità:

.....

Terapia in atto (allegare eventuale terapia):

.....

Programma di trattamento:

.....

Criteri di inclusione e esclusione:

Ventilazione meccanica non invasiva (se di prosecuzione domiciliare, specificarlo)	SI	NO
Ossigenoterapia \geq 4 litri/minuto	SI	NO
Alimentazione parenterale	SI	NO
Insufficienza acuta d'organo	SI	NO
Stato settico	SI	NO
Patologie psichiatriche attive	SI	NO
Problemi comportamentali non controllati	SI	NO
Deficit cognitivo grave, demenza o wandering	SI	NO
Problematiche socio-ambientali e familiari	SI	NO
Necessità di interventi riabilitativi in strutture dedicate	SI	NO
Patologia oncologica molto avanzata o in fase terminale	SI	NO
Instabilità clinica	SI	NO
Punteggio NEWS \geq 5 (o uno dei parametri $>$ 3)	SI	NO
Indice di Intensità Assistenziale (IIA) = 1 o = 4	SI	NO
Necessità di prescrizione ausili	SI	NO
Problematiche di rientro al domicilio	SI	NO

Data di compilazione: ____/____/____

Firma del Medico proponente

Firma dell'interessato e/o caregiver

AREA ASSISTENZIALE: INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE (ICA)

1) FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA		6) IGIENE ED ABBIGLIAMENTO																																																																		
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																	
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2																																																																	
<input type="checkbox"/> Parametri ≥3 rilevazioni die	3	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3																																																																	
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza /assenza di collaborazione	4																																																																	
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	7) MOVIMENTO																																																																		
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																	
<input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	<input type="checkbox"/> Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento	2																																																																	
<input type="checkbox"/> Quantità urine	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione	3																																																																	
2) FUNZIONE RESPIRATORIA		<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3																																																																	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare il sollevatore	4																																																																	
<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2	<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4																																																																	
<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave	3	8) RIPOSO E SONNO																																																																		
<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																	
<input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4	<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci	2																																																																	
<input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica	3	<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	3																																																																	
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2	<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante	4																																																																	
<input type="checkbox"/> Parametri ≥3 rilevazioni die	3	9) SENSORIO E COMUNICAZIONE																																																																		
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	3	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																	
<input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna	3	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2																																																																	
<input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia	4	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3																																																																	
<input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni	3	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2																																																																	
3) MEDICAZIONI		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3																																																																	
<input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni	1	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4																																																																	
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2	<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4																																																																	
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	10) AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE																																																																		
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																	
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata	2	<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2																																																																	
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alta	4																																																																	
<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare	3	<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4																																																																	
<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3																																																																	
<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare	3	<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2																																																																	
<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4	<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissioni con altre istituzioni	3																																																																	
4) ALIMENTI E IDRATAZIONE		<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Funzione cardiocircolatoria</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Funzione Respiratoria</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Medicazioni</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Alimentazione ed idratazione</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Eliminazione urinaria ed intestinale</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Igiene ed abbigliamento</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Movimento</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Riposo e sonno</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sensori e comunicazione</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ambiente sicuro/situazione sociale</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Esito di colonna maggiormente rappresentato</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>La Valutazione I.C.A. delinea il PROFILO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>		INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	1	2	3	4	Funzione cardiocircolatoria					Funzione Respiratoria					Medicazioni					Alimentazione ed idratazione					Eliminazione urinaria ed intestinale					Igiene ed abbigliamento					Movimento					Riposo e sonno					Sensori e comunicazione					Ambiente sicuro/situazione sociale					Esito di colonna maggiormente rappresentato					La Valutazione I.C.A. delinea il PROFILO	1	2	3	4
INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	1			2	3	4																																																														
Funzione cardiocircolatoria																																																																				
Funzione Respiratoria																																																																				
Medicazioni																																																																				
Alimentazione ed idratazione																																																																				
Eliminazione urinaria ed intestinale																																																																				
Igiene ed abbigliamento																																																																				
Movimento																																																																				
Riposo e sonno																																																																				
Sensori e comunicazione																																																																				
Ambiente sicuro/situazione sociale																																																																				
Esito di colonna maggiormente rappresentato																																																																				
La Valutazione I.C.A. delinea il PROFILO	1	2	3	4																																																																
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata/severa	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o P EG recente)	3																																																																			
5) ELIMINAZIONE																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Monitoraggio alvo	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità di clisma	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al WC	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Gestione della stomia	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero /a lunga permanenza	3																																																																			

Nella scheda ICA compilare tutte le voci dei bisogni rilevati come significativi, nello schema riassuntivo utile a definire il Profilo riportare solo il valore dell'item prevalente. La colonna del numero più rappresentato delinea il Profilo Assistenziale del paziente (Profilo 1, 2, 3, 4)

Data di compilazione

Nome e firma dell'infermiere

Nome e firma del medico

.....

.....

NEWS SCORE

TABELLA 1

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturazione d'ossigeno	≤91	92-93	94-95	≥ 96			
Ossigeno supplementare		SI		NO			
Temperatura corporea	≤35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥39,1	
Pressione sistolica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequenza cardiaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, coma

TABELLA 2

PUNTEGGIO NEWS	FREQUENZA DEL MONITORAGGIO	RISPOSTA CLINICA
0	Minimo ogni 12 ore	Continuare l'uso della carta NEWS
Totale: 1-4	Minimo ogni 4-6 ore	Allertare il personale infermieristico direttamente responsabile del paziente. Il personale decide il livello di allerta necessario.
Totale: ≥ 5	Almeno ogni ora	L'infermiere informa il team medico. Il medico responsabile valuta urgentemente il paziente Il livello assistenziale deve essere adeguato alla gravità clinica
3 in un solo parametro		
Totale: ≥ 7	Monitoraggio continuo	L'infermiere chiama in emergenza il team medico. Il team medico provvede alle cure ed eventualmente chiama lo specialista. Viene preso in considerazione il trasferimento in un reparto subintensivo o intensivo.

CRITERI DI ESCLUSIONE:

- pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2 > 5 o uno dei parametri uguale 3);
- pazienti con diagnosi non ancora definita;
- paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale > 3;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.)
- presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- pazienti pediatrici.