



RICHIESTA DI AMMISSIONE O DIMISSIONE PROTETTA IN STRUTTURE RESIDENZIALI (CI, RSA, RP) DISTRETTO 7

Data

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.^{ssa}

MEDICO DI MEDICINA GENERALE [tel.....]

DIRIGENTE MEDICO U.O. OSPEDALE [tel.....]

Richiede ammissione in struttura residenziale per:

Cognome e Nome.....

nato il città prov.(.....)

residenza..... Tel.....

caregiver/familiare di riferimento..... Tel.....

L' utente è attualmente assistito :

a domicilio in ospedale dal.....presso.....

in dal presso
(specificare tipologia setting)

REQUISITI DI AMMISSIONE IN STRUTTURA RESIDENZIALE (CI, RSA, RP)

- Non autosufficienza
- Non assistibilità a domicilio
- Presenza di disabilità o di patologie croniche stabilizzate multiproblematiche o di esiti invalidanti (temporanei o permanenti) che necessitano di prestazioni sanitarie (assistenziali, curative e/o riabilitative) e socio-assistenziali da parte di personale qualificato _____
- Ricovero di sollievo
- Pazienti post-acuti o cronici riacutizzati per lo più anziani con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica.
- Condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento del paziente ad altro regime assistenziale e con obiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie raggiungibili nell'arco del periodo massimo consentito per il ricovero .
- Pazienti adulti, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore come in un ricovero per acuti.
- Pazienti dimissibili dall'ospedale con malattia diagnosticata stabilizzata dal punto di vista clinico , ma che non può essere trattata in un semplice regime ambulatoriale, domiciliare o di lungo assistenza/mantenimento.
- Pazienti provenienti dal proprio domicilio (o strutture residenziali di bassa intensità assistenziale) con patologie tali da non poter essere seguiti adeguatamente in Cure Domiciliari Integrate
- Pazienti vulnerabili alle complicanze post-ricovero ospedaliero, in termini di perdita dell'autonomia come conseguenza della malattia acuta (disease-related) o dell' inappropriato allettamento e della prolungata inattività fisica (disuse-related).
- Pazienti con necessità di terapia con farmaci H, ma stabili dal punto di vista clinico.

Descrizione delle problematiche assistenziali e sanitarie attive

(compilazione a cura del Medico/Infermiere)

Cognome e Nome

Diagnosi principale.....

Diagnosi secondarie.....

Terapia in atto (indicare il farmaco in uso e la posologia):.....

Terapia del dolore.....

Farmaco con piano terapeutico.....

RESPIRAZIONE/ AUSILI	<input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia l/min _____ <input type="checkbox"/> Necessarie aspirazioni secrezioni <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tracheostomia (tipo _____ misura _____)
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> SNG posizionato il _____ PEG/PEG-J posizionata il _____ <input type="checkbox"/> Parenterale
DENTATURA	<input type="checkbox"/> Propria <input type="checkbox"/> protesi <input type="checkbox"/> altro _____
DEGLUTIZIONE	<input type="checkbox"/> Disfagia a solidi <input type="checkbox"/> disfagia a liquidi <input type="checkbox"/> deglutizione normale
DIETA	<input type="checkbox"/> Dieta speciale _____ <input type="checkbox"/> Restrizione dietetiche _____
OBESITA' III CLASSE	<input type="checkbox"/> Si Peso Kg _____ <input type="checkbox"/> No
ELIMINAZIONE URINARIA/AUSILI	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Alterazione urinaria _____ <input type="checkbox"/> catetere vescicale tipo _____ Ch _____ <input type="checkbox"/> Pannolone mis. _____ <input type="checkbox"/> urocontrol <input type="checkbox"/> Stomia urinaria (tipo _____ mis. _____) <input type="checkbox"/> Drenaggio _____
ELIMINAZIONE INTESTINALE/AUSILI	<input type="checkbox"/> Alterazione eliminazione intestinale: _____ <input type="checkbox"/> Utilizzo lassativi o clisteri evacuativi <input type="checkbox"/> Pannolone mis _____ <input type="checkbox"/> colonstomia /ileostomia (tipo _____ misura _____) <input type="checkbox"/> Drenaggio _____
MOBILITA'	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> con ausili <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> allettato <input type="checkbox"/> letto/poltrona <input type="checkbox"/> postura obbligata per patologia <input type="checkbox"/> altro
STATO NEUROPSICHICO	<input type="checkbox"/> Vigile e collaborante <input type="checkbox"/> orientato <input type="checkbox"/> disorientato <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> deficit cognitivo <input type="checkbox"/> non risponde <input type="checkbox"/> Capacità di comprendere e comunicare informazioni <input type="checkbox"/> Disturbi comportamentali, se si quali _____
CAPACITA' SENSORIALI DI COMUNICAZIONE	<input type="checkbox"/> Non disturbi <input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio: <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> Disturbi dell'udito <input type="checkbox"/> Disturbi della vista
PRESIDI/ DISPOSITIVI	<input type="checkbox"/> Drenaggi (tipo e sede) _____ <input type="checkbox"/> CVP posizionato il _____ <input type="checkbox"/> CVC in sede _____ tipo _____ posizionato il _____ <input type="checkbox"/> PICC in sede _____ tipo _____ posizionato il _____ <input type="checkbox"/> MIDLINE in sede _____ tipo _____ posizionato il _____

CUTE	<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Presenza dei fattori di rischio di compromissione dell'integrità cutanea			
	Rischio basso medio alto <input type="checkbox"/> Presenza di segni di lesioni da pressione (stadiazione): sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV <input type="checkbox"/> Ferite chirurgiche <input type="checkbox"/> ulcere distrofiche <input type="checkbox"/> presenza di lividi <input type="checkbox"/> presenza edemi specificare _____ <input type="checkbox"/> Presenza di altre lesioni, descrivere _____			
UTILIZZO MEZZI DI CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si,quale.....				
PRESENZA DI DOLORE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
INFEZIONI IN ATTO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si,quale.....				
NECESSITA ISOLAMENTO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si,quale.....				
ATTIVITA' GESTIONE DELLA PERSONA				
<input type="checkbox"/> Completamente autonomo (livello 1) <input type="checkbox"/> richiede l'uso di ausili (livello 2) <input type="checkbox"/> Richiede la supervisione di un'altra persona (livello 3) <input type="checkbox"/> richiede l'assistenza di un'altra persona (livello 4) <input type="checkbox"/> E' dipendente e non partecipa (livello 5)		Alimentazione livello _____ Igiene della persona livello _____ Fare il bagno livello _____ Vestirsi livello _____ Deambulazione livello _____ Cura dell'aspetto livello _____ Mobilità nel letto livello _____		

IDA :indice dipendenza assistenziale

ALIMENTAZIONE IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE ALVO URINE		IGIENE E CONFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT o NET	1	Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del pz	1	Allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria e dell'alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del pz	2	Mobilizzazione su poltrona
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autosufficiente	4	Autonomo
PROCEDURE DIAGNOSTICHE				PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE	
1	Monitoraggio dei parametri vitali continuo			1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24h	1	Stato soporoso/coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h			2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporospaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h			3	Terapia per os, im, ev (comprese le fleboclii)	3	Disorientamento temporospaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti			4	Terapia solo per os o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativola notte

Punteggio totale _____

Punteggio da 7 a 11: **ALTA** dipendenza assistenziale (2)

Punteggio da 12 a 19: **MEDIA** dipendenza assistenziale (1)

Punteggio da 20 a 28: **BASSA** dipendenza assistenziale (0)

N.B.Procedure diagnostiche: 1-2 non idoneo per ricovero in cure intermedie.

SCALA NEWS

PAZIENTE Cognome _____ Nome _____

Data compilazione _____ Firma operatore comilatore _____

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3	punteggio
Frequenza del respiro	<=8		9-11	12-20		21-24	>=25	
Saturazione d'ossigeno	<=91	92-93	94-95	>=96				
Ossigeno supplementare								
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	
Punteggio totale								

N.B.I sei punteggi devono essere sommati e, nel caso sia necessario l'ossigeno terapia, deve essere aggiunto il punteggio di due.

Punteggio NEWS	Rischio clinico
0	basso
1 - 4 di somma	
ALLARME ROSSO (quando un solo parametro raggiunge il numero di 3)	medio
5-6 di somma	
=7	alto

Data.....Firma del Medico.....Firma dell'Infermiere Inviante.....

Allegati. Scale compilate per valutazione di approfondimento :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Valutazione delle funzioni cognitive: MMSE, SPMSQ | <input type="checkbox"/> Valutazione del tono dell' umore: GDS,HRSD |
| <input type="checkbox"/> Valutazione dello stato funzionale: Barthel Index, BADL, IADL | <input type="checkbox"/> Valutazione alterazioni comportamento: NPI |
| <input type="checkbox"/> Valutazione stato salute fisica (comorbidità somatica) : CIRS | <input type="checkbox"/> Valutazione stato nutrizionale :MNA |
| <input type="checkbox"/> Valutazione rischio lesioni da decubito: Norton, Braden | <input type="checkbox"/> Valutazione andatura ed equilibrio: Tinetti |
| <input type="checkbox"/> altre valutazioni (specificare)..... | |

SCHEDA VALUTAZIONE SOCIO- FAMILIARE E ASSISTENZIALE
RELAZIONE SOCIALE

(compilazione a cura dell'Assistente Sociale)

Cognome e Nome

CONDIZIONE SOCIO-FAMILIARE

Vive solo/a <input type="checkbox"/>	Vive con persona che fornisce assistenza continuativa (familiari, badante) <input type="checkbox"/>
Vive con coniuge autonomo <input type="checkbox"/>	Paziente istituzionalizzato <input type="checkbox"/>
Vive con coniuge non autonomo <input type="checkbox"/>	Può usufruire di persone che forniscono assistenza per alcune ore durante il ricovero (familiare,badante,volontari) <input type="checkbox"/>
Altro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAREGIVER PRINCIPALE

Cognome _____ Nome _____

Recapiti telefonici _____

Data di nascita ____/____/____ Titolo di studio _____

In età lavorativa si no In pensione si no

Ore die dedicate all'assistenza della persona _____

CONDIZIONE ABITATIVA

ABITAZIONE

- Di proprietà Affitto
 Usufrutto Senza fissa dimora
 Altro _____

Presenza di barriere architettoniche
 Si No _____

CONDIZIONE ECONOMICA

PENSIONE

- Si No
 Invalidità civile Si No
 Assegno di accompagnamento Si No
 In corso

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Cognome: _____

Nome: _____

Recapiti telefonici:

SERVIZI TERRITORIALI GIA' ATTIVI

- SAD
 Assegno di Cura
 Cure Domiciliari (ADI)
 Fornitura di presidi/ausili _____

Data compilazione _____ Firma operatore compilatore _____

Accettazione della procedura di ammissione in CI/RSA/RP

In data.....Il Sottoscritto.....

nato ilcittàprov.(.....)

residenza..... Tel.....

in qualità di utente caregiver familiare legale rappresentante

Dichiara di accettare il ricovero in struttura residenziale

Firma.....



UVI (parte riservata alla Unità Valutativa Integrata)

Vista la richiesta del MMG/DIRIGENTE MEDICO U.O. OSPEDALE e sulla base della documentazione sanitaria acquisita e della valutazione multidimensionale si giudica l'assistito_____

- IDONEO AL RICOVERO IN :
 - C.I.
 - RSA
 - RP

NON IDONEO AL RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE

Data e luogo.....

Per L'Unità di Valutazione Distretto 7 Asur Marche

Firma del Responsabile.....