



RICHIESTA DI AMMISSIONE IN STRUTTURE RESIDENZIALI

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) | | Alimentazione | | livello_____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> richiede l'uso di ausili (livello 2) | | Igiene della persona | | livello_____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Richiede la supervisione di un'altra persona (livello 3) | | Fare il bagno | | livello_____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> richiede l'assistenza di un'altra persona (livello 4) | | Vestirsi | | livello_____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> E' dipendente e non partecipa (livello 5) | | 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 :Valutazione delle funzioni cognitive: MMSE, SPMSQValutazione del tono dell' umore: GDS,HRSDValutazione dello stato funzionale: Barthel Index, BADL, IADLValutazione alterazioni comportamento: NPIValutazione stato salute fisica (comorbidità somatica) : CIRSValutazione stato nutrizionale :MNAValutazione rischio lesioni da decubito: Norton, BradenValutazione andatura ed equilibrio: Tinettialtre 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 _____