



Regione Lombardia



Cognome e Nome		Data Nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F
Residenza In Lombardia <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si	Cittadino Extra UE <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si	Invalidità <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> In corso	Accompagnamento <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> In corso
PROVENIENZA	Ospedale	Reparto	Telefono referente
	Domicilio (indirizzo)		Telefono referente
	Altro (Medico Med, Gen. RSA, Poliambulatorio, ecc.)		Telefono referente
Caregiver/persona di riferimento			Telefono
Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> Non necessario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		Cognome e telefono	
Evento indice: diagnosi o problema di recente modifica dello stato clinico-assistenziale-funzionale passibile o meno di ripristino clinico-funzionale.			
Data evento indice:	<input type="checkbox"/> Meno di 3 mesi <input type="checkbox"/> Meno di 6 mesi <input type="checkbox"/> Meno di un anno		
Comorbidità significativa: patologie "attive", ovvero in corso di trattamento anche farmacologico e/o monitoraggio, associate al motivo di ingresso.			
Se posizionato un mezzo di sintesi, specificarne il tipo/materiale (per possibili incompatibilità in indagini radiologiche/terapie)			
Stato Nutrizionale: <input type="checkbox"/> ADEGUATO <input type="checkbox"/> OBESITA' <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE			PESO KG:
Patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si:	Specificare	Alterazioni comportamento rilevanti <input type="checkbox"/> Wandering <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Agitazione/aggressività <input type="checkbox"/> Etilismo	
In carico a CPS <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si:	Specificare	Rientro al domicilio <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Probabile <input type="checkbox"/> Attivata pratica RSA	
Tentato suicidio <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si:	Specificare		



TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (indicare il farmaco in uso e la posologia)	
1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
11.	12.

Farmaco con piano terapeutico:

AREA CLINICA**VALUTAZIONE DI INSTABILITÀ CLINICA (SCALA SIC)**

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

- 0. STABILE:** con problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S programmabile, anche bisettimanale.
- 1. MODERATAMENTE STABILE:** con problemi clinici che necessitano di monitoraggio MMI/S programmabile una o più volte la settimana ma non quotidiano
- 2. MODERATAMENTE INSTABILE:** con problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S routinario una volta al giorno
- 3. INSTABILE:** con problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S semi-intensivo quotidiano (almeno un altro accesso oltre quello previsto di routine).

TERAPIE IN CORSO		ALTRI BISOGNI CLINICI	
<input type="checkbox"/> Assenza di terapie	1	<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici	1
<input type="checkbox"/> Terapia solo orale	2	<input type="checkbox"/> Monitoraggio ematochimici standard	2
<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo	3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio ematochimici almeno settimanali	3
<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	3	<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale	3
		<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche	3

Il paziente attualmente rimane seduto nel letto senza appoggio per almeno 30 secondi? No / Si

AREA RIATTIVAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE**CONDIZIONE FUNZIONALE PRE-MORBOSA (RANKIN MODIFICATA) – situazione prima dell'Evento**

- 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

Nota:

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.



SCALA DI DISABILITA' COMUNICATIVA

- 4. Nessuna:** riferisce l'anamnesi in maniera attendibile ed è in grado di discutere di tutti i problemi personali. Ben rapportato all'interlocutore e collabora senza problemi alla visita e alle manovre assistenziali.
- 3. Lieve:** va "guidato" per ricostruire l'anamnesi e stimolato per parlare dei problemi personali. Adeguato all'interlocutore ma è necessario assumere un atteggiamento "direttivo" per ottenere una buona collaborazione alla visita e alle manovre assistenziali.
- 2. Moderata:** possono essere scambiate informazioni solo ponendo al pz. Domande semplici e per contesto comunicativo strettamente personale ed attuale. Adeguato all'interlocutore ma non riesce a fornire una buona collaborazione alla visita e alle manovre assistenziali
- 1. Grave:** la comunicazione è molto compromessa e si ottengono informazioni solo con domande che prevedono risposte si/no e fornendo facilitazioni contestuali e gestuali. Perplesso nel rapporto con l'interlocutore e non collabora alla visita e alle manovre assistenziali.
- 0. Completa:** pressoché assente qualsiasi scambio comunicativo, anche con facilitazioni. Non adeguato all'interlocutore e assolutamente non collaborante alle manovre assistenziali.

Il paziente è affetto da demenza? No Si la diagnosi risale a: >3mesi <1 anno > 1 anno

Disturbi comportamentali e sintomi psichici? No Si da quanto tempo: vari giorni mesi anni

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Deliri (persecutori, di gelosia, ecc.) <input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Vagabondaggio o si perde fuori casa <input type="checkbox"/> Agitazione notturna <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia <input type="checkbox"/> Aggressività verso sé e/o gli altri <input type="checkbox"/> Urla o lamentazioni o vocalismi <input type="checkbox"/> Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica 	<p>Confusione</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Completamente confuso, personalità destrutturata <input type="checkbox"/> Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe <input type="checkbox"/> Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio <input type="checkbox"/> Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente <p>Irritabilità</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Qualsiasi contatto è causa di irritabilità <input type="checkbox"/> Mostra ogni tanto segni di irritabilità, <input type="checkbox"/> Non mostra segni di irritabilità <p>Irrequietezza</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano <input type="checkbox"/> Si agita e gesticola durante la conversazione <input type="checkbox"/> Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria
---	---

4 - AREA SOCIALE CONDIZIONE SOCIALE

- 1** supporto sociale presente (vive in famiglia e i membri sono in grado di fornire il supporto necessario)
- 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)
- 3** assenza di supporto sociale (vive solo e non sono presenti figure di riferimento)



Regione Lombardia

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"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza /assenza di collaborazione	4
<input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 3	3	7) MOVIMENTO	
<input type="checkbox"/> Scopenso 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		INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1		1
<input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica	2		2
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse	2		3
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3		4
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve	3		
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata/severa	4		
<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o PEG 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		
		Esito di colonna maggiormente rappresentato	
		La Valutazione I.C.A. delinea il PROFILO	
			1 2 3 4

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'items prevalente. La colonna del numero più rappresentato delinea il Profilo Assistenziale del paziente (Profilo 1, 2, 3, 4)

Data di compilazione _____

Nome e firma del medico