

### SCHEDA SANITARIA

La scheda sanitaria deve essere compilata, in maniera leggibile e completa.

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_

#### QUADRO CLINICO PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)	assente	lieve	moderato	grave
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iperensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi/O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, emie) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, Ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato Muscolo-Scheletrico e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stato mentale e comportamentale (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Malattie infettive contagiose (in atto)?  NO  SI  
Se si specificare quali e se sono compatibili con la presenza in comunità.

E' stato eseguito recentemente l'esame per la ricerca del clostridium difficile?  NO  SI  
Con quale esito? \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici e/o ricoveri ospedalieri e riabilitativi (negli ultimi 12 mesi)

## Altri aspetti clinici e funzionali

Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____
Stomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Data ultimo posizionamento: ___/___/20__
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____ Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Medicazione: _____
Altre lesioni cutanee	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____ Medicazione: _____
Utilizzo ausili per la deambulazione	Se no specificare: <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> allettato Se si: <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore/girello <input type="checkbox"/> altro _____	

Cadute negli ultimi tre mesi:  NO  SI Indicare il numero: \_\_\_\_\_

## Deficit sensoriali

Ipovisione:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi

## Disturbi cognitivi, comportamentali, dell'umore e problemi psichiatrici

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/> stato vegetativo
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo: _____
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Crisi d'ansia/attacchi di panico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Etilismo <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia
Wandering (cammino afinalistico)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi/Rischio di fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo: _____

Tentato suicidio  NO  SI Indicare la data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

In carico presso centro salute mentale o altri servizi psichiatrici  NO  SI, \_\_\_\_\_

## Problemi e condizioni correlate all'alimentazione

Endotelia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Obesità grave: <input type="checkbox"/> 80-100 kg <input type="checkbox"/> > 100 kg.

Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo:	
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> SNG
Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____	

  

Allergie	<input type="checkbox"/> non note	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo:
----------	-----------------------------------	---	--------------

N.B. COMPILARE IDENTIFICANDO LA CONDIZIONE CHE RICORRE METTENDO UNA X ACCANTO AL PUNTEGGIO DI RIFERIMENTO

### Barthel Index Modificato (BIM)

Alimentazione	BIM
Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.)	10
Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.	8
Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.	5
Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio).	2
Totalmente dipendente, deve essere imboccato.	0
Igiene Personale	BIM
Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.	5
In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.	4
Necessita di aiuto per una o più operazioni.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.	0
Farsi il bagno o la doccia	BIM
Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente autonomo.	5
Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).	4
Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Totalmente dipendente nel lavarsi.	0
Abbigliamento	BIM
Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.	10
Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).	8
Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	5
Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.	2
Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	0
Trasferimenti carrozzina/letto	BIM
Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul	15
bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.	15
Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.	12
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.	3
Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamalti.	0
Uso del W.C.	BIM
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).	10
Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.	8
Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	5
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	2
Totalmente dipendente.	0
Continenza urinaria	BIM

Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.)	10
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.	8
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.	5
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	0
<b>Continenza intestinale</b>	<b>BIM</b>
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	10
Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	8
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.	5
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	2
Totalmente incontinente.	0
	<b>BIM</b>
<b>Deambulazione</b>	
Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. Senza aiuto o supervisore.	15
Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.	8
Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.	5
Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.	2
Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.	0
<b>Uso della carrozzina (nel BIM non c'è questa area, inserire 5 nell'area. Deambulazione se il paziente è autonomo in carrozzina).</b>	<b>BIM</b>
Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.). L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.	5
Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.	4
E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.	3
Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.	1
Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	0
<b>Scale</b>	<b>BIM</b>
E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto né supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.	10
Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.	8
Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.	5
Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.	2
Incapace di salire e scendere le scale.	0
<b>TOTALE</b>	

Categorie	Punteggi totali Indice di Barthel modificato	Livello di dipendenza	Ore di assistenza necessarie per settimana
1	0-24	Totale	27.0
2	25-49	Severa	23.5
3	50-74	Moderata	20.0
4	75-90	Lieve	13.0
5	91-99	Minima	<10

**TERAPIA**

NON ASSUME TERAPIA FARMACOLOGICA

**TERAPIA IN ATTO ED ORARI DI SOMMINISTRAZIONE**

NOME FARMACO	DOSAGGIO	QUANTITA'	TIPO	ORARIO DI ASSUNZIONE

**DIAGNOSI E GIUDIZIO COMPLESSIVO SULLE CONDIZIONI DEL PAZIENTE**


**NOME E COGNOME MEDICO CURANTE :**

RECAPITO:

EMAIL:

TELEFONO:

DATA COMPILAZIONE

FIRMA E TIMBRO

**ALLEGARE :**

PIANO TERAPEUTICO RILASCIATO DAL MEDICO SPECIALISTICO (SE IN POSSESSO)

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE DA CUI NON RISULTI SPECIFICAMENTE CHE IL RICHIEDENTE NON È AFFETTO DA MALATTIE INFETTIVE , INFERMITA' O TURBE MENTALI CHE SIANO COMPATIBILI CON LA NORMALE CONVIVENZA IN COMUNITA'.

FOTOCOPIA VERBALE DI INVALIDITA'

FOTOCOPIA TESSERINO SANITARIO

FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA

ULTIMA BOLLA DI CONSEGNA DEI PANNOLONI ( SE ATTIVI)

ULTIMA BOLLA DI CONSEGNA DELL' OSSIGENO ( SE ATTIVO)

PASSWORD PER IL REPERIMENTO DEI REFERTI ON LINE PER I PRELIEVI SANGUIGNI ( SE IN POSSESSO)

DOCUMENTAZIONE CURE DOMICILIARI DEL MEDICO CURANTE ( SE ATTIVO)