



COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita ____/____/____/ Sesso : M / F

Data di compilazione ____/____/____/ Tessera Sanitaria n° _____

A - ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA

- Assente: Nessuna compromissione di organo/sistema
- Lieve: La compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto o no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
- Moderato: La compromissione d'organo/ sistema interferisce con la normale attività, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture)
- Grave: La compromissione di organo/ sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).
- Molto grave: La compromissione d'organo/ sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia)

SI PREGA DI SPECIFICARE LA DIAGNOSI

PATOLOGIE IN ATTO		DIAGNOSI	PUNTEGGIO				
1	CARDIACA (solo cuore)		1	2	3	4	5
2	IPERTENSIONE (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)		1	2	3	4	5
3	VASCOLARI (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)		1	2	3	4	5
4	RESPIRATORIE (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)		1	2	3	4	5
5	O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, naso, laringe)		1	2	3	4	5
6	APPARATO GASTRO ENTERICO SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)		1	2	3	4	5
7	APPARATO GASTRO ENTERICO INFERIORE (intestino, ernie)		1	2	3	4	5
8	EPATOPATIE (solo fegato)		1	2	3	4	5
9	RENALI (solo rene)		1	2	3	4	5
10	ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)		1	2	3	4	5
11	SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO-CUTE (muscoli, scheletro, tegumenti)		1	2	3	4	5
12	SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO (non include la demenza)		1	2	3	4	5
13	ENDOCRINE METABOLICHE (include diabete ed infezioni e stati tossici)		1	2	3	4	5
14	PSICHIATRICO-COMPORTAMENTALI (demenza, psicosi, depressione, ansia, agitazione)		1	2	3	4	5


B- VALUTAZIONE DELL' AUTOSUFFICIENZA

FUNZIONE	Dipendenza completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza
Locomozione	1	2	3	4	5
Locom. su sedia a rotelle	1	2	3	4	5
Scale	1	2	3	4	5
Trasferimento letto/sedia	1	2	3	4	5
Uso del wc	1	2	3	4	5
Continenza intestinale	1	2	3	4	5
Continenza urinaria	1	2	3	4	5
Alimentazione	1	2	3	4	5
Vestirsi	1	2	3	4	5
Igiene personale	1	2	3	4	5
Bagno /doccia	1	2	3	4	5

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO	grave	moderata	lieve	Assente
Confusione	1	2	3	4
Irritabilità	1	2	3	4
Irrequietezza	1	2	3	4

C- VALUTAZIONE DEL SENSORIO

ASPETTI PSICOSENSORIALI	assente	limitata	Integra
Capacità di comunicare	1	2	3
Vista	1	2	3
Udito	1	2	3

D- ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Neoplasia maligna	1- no	2- sì
AIDS	1- no	2- sì
Malattie progressive SNC	1- no	2- sì

Accidenti cerebrali :	1 no	2 recenti	3 pregressi
Esiti: 1 afasia, 2 disfasia	1- emi, 2- para, 3- tetra,	1- paresi, 2- plegia	

Trauma/ intervento chirurgico	1- no	2- frattura femore	3- altre fratture
	4- protesi anca	5- interv. chirurgici	6- altro

LESIONI DA DECUBITO

Stadiazione decubito	Superficiale 1- no 2- sì	Sottocutaneo 1- no 2- sì	Profondo 1- no 2- sì	
Ausili prevenzione lesioni	Letto 1- no 2- sì	Materassino 1- no 2- sì		
DIPENDENZA	1 no	2 alcool	3 stupefacenti	4 altro



AUSILI PER LA GESTIONE DELL'INSUFFICIENZE FUNZIONALI GIA' IN USO

Ausili per il movimento	Bastone/gruggia no 1 sì 2	Arto artificiale no 1 sì 2	Carrozzina no 1 sì 2
Gestione incontinenza	Presidi assorbenti no 1 sì 2	Catetere vescicale no 1 sì 2	Ano artificiale no 1 sì 2
Gestione diabete	Solo dieta no 1 sì 2	Antidiabetici orali no 1 sì 2	Insulina no 1 sì 2
Alimentazione artificiale	Sondino no 1 sì 2	PEG no 1 sì 2	Parenterale totale no 1 sì 2
Insufficienza respiratoria	Bastone/gruggia no 1 sì 2	O ² costante no 1 sì 2	Ventilatore no 1 sì 2
Dialisi	Peritoneale no 1 sì 2	Extracorporea no 1 sì 2	

E- ALTRI PROBLEMI CLINICI

- Nessuno
- Trattamento emodialitico
- Trattamento dialitico peritoneale
- Tracheotomia
- Ozono terapia con ozono liquido
- Ozono terapia con ozono gassoso
- Ventilazione polmonare assistita
- Coma o stato neurovegetativo
- Radioterapia
- Chemioterapia
- Catetere vescicale
- Ano preternaturale

F- DISTURBI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI – UMORE

- Nessuno
- Anamnesi
- Disorientamento tempo/spazio
- Ansia
- Depressione
- Deliri (di persecuzione, gelosie, ecc)
- Allucinazioni
- Agitazione psicomotoria diurna
- Agitazione psicomotoria notturna
- Vagabondaggio
- Insonnia
- Affaccendamento
- Aggressività – auto e/o etero diretta
- Urla e lamentazioni ripetitive
- In cura presso servizi psichiatrici
- Tentati suicidi
- Eventuali note:

G- ALIMENTAZIONE

- Disfagia
- Malnutrizione
- Obesità
- Abbisogna di cibi frullati e/o omogeneizzati



H- TERAPIA RIABILITATIVA IN CORSO

1- NO - 2- SI

I- VALUTAZIONE DELLA STABILITA' CLINICA DEL PAZIENTE

- Stabile: con monitoraggio medico – infermieristico programmabile di routine mensilmente o più.
- Moderatamente stabile: con monitoraggio medico – infermieristico e strumentale programmabile più volte al mese, meno di una volta a settimana.
- Moderatamente instabile: con monitoraggio medico – infermieristico e strumentale programmabile da una a più volte la settimana.
- Instabile: con monitoraggio medico – infermieristico e strumentale da quotidiano a pluriquotidiano.

L- TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO

FARMACO	POSOLOGIA	NOTE

Allergia a farmaci 1- NO 2- SI'

Se sì quali

GIUDIZIO SINTETICO

AUTOSUFFICIENTE	NON AUTOSUFFICIENTE PARZIALE	NON AUTOSUFFICIENTE TOTALE	EVOLUTIVITA' CLINICA RAPIDA
1	2	3	4

Data _____

Timbro e firma del Medico

.....