

## SCHEDA VALUTAZIONE MEDICA

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

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

**QUADRO CLINICO: PATOLOGIE PRINCIPALI**

INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
<b>Patologie Cardiache (solo cuore)</b> Portatore di PM: Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ipertensione</b> (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato vascolare</b> (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato respiratorio</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Occhi / O.R.L.</b> (occhi, orecchio, naso, gola, laringe)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato digerente tratto superiore</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato digerente tratto inferiore</b> (intestino, ernie)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fegato</b> (solo fegato)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rene</b> (solo rene)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie</b> (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato Muscolo-Scheletro e Cute</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patologie sistema nervoso</b> (sistema nervoso centrale e periferico; <b>NON INCLUDE LA DEMENZA</b> )	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patologie sistema Endocrino-Metabolico</b> (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stato mentale e comportamentale</b> <b>(INCLUDE DEMENZA,</b> depressione, ansia, agitazione, psicosi)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Trasferimento letto sedia</b>	<input type="checkbox"/> No, non è in grado. Richiede la completa assistenza di due persone <input type="checkbox"/> E' necessaria la completa assistenza di <i>una</i> persona per <i>tutte</i> le fasi della manovra <input type="checkbox"/> Per una o più fasi del trasferimento è necessaria l'assistenza di una persona <input type="checkbox"/> Occorre la presenza di una persona ma solo per infondere fiducia o garantire sicurezza <input type="checkbox"/> E' completamente autonoma
<b>Deambulazione</b>	<input type="checkbox"/> No, non è in grado <input type="checkbox"/> E' in grado, ma è necessaria la presenza costante di una o più persone <input type="checkbox"/> Serve aiuto, ma solo per raggiungere il bastone o altri ausili <input type="checkbox"/> E' necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose <input type="checkbox"/> Sì, percorre almeno 50 metri senza aiuto o supervisione (non importa se col bastone o altro ausilio)
<b>Locomozione Sedia a Rotelle</b>	<input type="checkbox"/> No, non è in grado <input type="checkbox"/> Sì, ma solo per brevi tratti e su superficie piana <input type="checkbox"/> Serve aiuto solo per accostarsi al tavolo o al letto <input type="checkbox"/> Serve aiuto solo negli spazi più angusti <input type="checkbox"/> E' totalmente autonoma
<b>Igiene personale</b>	<input type="checkbox"/> No, non è in grado. E' completamente dipendente dagli altri <input type="checkbox"/> E' necessario aiutarla in <i>tutte</i> le fasi dell'igiene personale <input type="checkbox"/> E' necessario aiutarla solo in alcune fasi dell'igiene personale <input type="checkbox"/> E' in grado, ma richiede solo un minimo di assistenza prima o dopo l'operazione da eseguire <input type="checkbox"/> E' completamente autonoma
<b>Alimentazione</b>	<input type="checkbox"/> No, non è in grado. Va imboccata o è nutrita per altre vie (nutrizione enterale o parenterale) <input type="checkbox"/> Riesce a manipolare una posata, ma è necessaria assistenza attiva per tutto il pasto <input type="checkbox"/> Serve assistenza per atti più complicati, come versare il latte e lo zucchero nel The, aggiungere sale o pepe, imburrire, rovesciare un piatto <input type="checkbox"/> Serve aiuto solo per tagliare la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperti di barattoli <input type="checkbox"/> E' completamente autonoma
<b>Confusione</b>	<input type="checkbox"/> Sì, le capacità di pensiero sono completamente destrutturate <input type="checkbox"/> Appare chiaramente confusa e non si comporta, in alcune situazioni, come dovrebbe <input type="checkbox"/> Appare incerta e dubbiosa, ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio <input type="checkbox"/> La persona è in grado di pensare chiaramente e ha contatti normali con l'ambiente
<b>Irritabilità</b>	<input type="checkbox"/> Sì, sempre <input type="checkbox"/> Sì irrita facilmente, anche in occasioni o per stimoli che non dovrebbero essere provocatori <input type="checkbox"/> Sì irrita solo se provocato e se le vengono rivolte domande indiscrete <input type="checkbox"/> No, è sempre calma
<b>Irrequietezza</b>	<input type="checkbox"/> Sì, è incapace di stare ferma anche per brevi periodi di tempo o cammina incessantemente <input type="checkbox"/> E' molto irrequieta: non riesce a stare seduta, contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano <input type="checkbox"/> Sì agita, gesticola, ha difficoltà di tenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti <input type="checkbox"/> La persona non mostra alcun segno di irrequietezza motoria;

**MALATTIE CONTAGIOSE IN ATTO**ALLERGIE  NON NOTE  NO  SI  DI CHE TIPO \_\_\_\_\_

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

**ASPETTI CLINICO-FUNZIONALI**

Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro _____
Autonomia generale e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia all'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Catetere vescicale Presidi assorbenti Nefro/urostomia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> data ultimo posizionamento: ____/____/____ NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Incontinenza fecale	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/> Sede _____
Ossigenoterapia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Discontinua <input type="checkbox"/>
Tracheostomia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (tipo canula) _____
Ventilazione	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> Non invasiva <input type="checkbox"/>
Catetere venoso centrale (CVC)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Sede _____
Lesione da pressione	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Sede Stadio I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Sede Stadio I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>
Altre lesione cutanee (includere ferite chirurgiche)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Sede _____
Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Numero cadute nell'anno _____

**DEFICIT SENSORIALI**

Ipovisus	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Cecità Assoluta SI <input type="checkbox"/>
Ipoacusia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Sordità assoluta SI <input type="checkbox"/>

**DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI**

Stato di coscienza alterato	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo <input type="checkbox"/> (GCS: ____/15)
Deficit memoria NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Disorientamento NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale <input type="checkbox"/>
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di che tipo _____
Crisi d'ansia/attacchi di panico NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Frequenza _____	Deflessione del tono dell'umore NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Deliri NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Allucinazioni NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Aggressività	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/>
Disturbi del sonno	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> inversione ritmo sonno-sveglia <input type="checkbox"/>
Wandering (cammino afinalistico)/affaccendamento NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di che tipo _____
Etilismo/potus	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso <input type="checkbox"/>
Abuso /dipendenza da sostanze	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso <input type="checkbox"/> Di che tipo _____
Dipendenza gioco	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di che tipo _____
Tentato suicidio	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> indicare la data ____/____/____
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> quale _____
Eventuali note e osservazione _____	

**PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE**

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, ecc) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento
Edentulia	<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	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Disfagia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Cibi frullati o omogeneizzati NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Addensanti NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Dieta specifica	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di che tipo _____
Alimentazione enterale	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Alimentazione parenterale NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale <input type="checkbox"/>

Peso Corporeo: \_\_\_\_\_ Kg

Altezza: \_\_\_\_\_ cm

Intolleranze Non Note  NO  Si  di che tipo \_\_\_\_\_

**TERAPIA**

Non assume terapia farmacologica

**Terapia in atto ed orari di somministrazione:**

Farmaco/Principio attivo	Posologia

**ALTRI TRATTAMENTI:**

Emotrasfusione NO  SI  di che tipo \_\_\_\_\_

Dialisi NO  SI  emodialisi  dialisi peritoneale

Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) \_\_\_\_\_

**EVENTUALE APPROFONDIMENTO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome e Cognome medico curante: _____ Recapito _____ Tel. Diretto _____ Fax _____ e-mail diretta: _____ @ _____	Timbro e firma del medico curante
--	-----------------------------------

Data di compilazione \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_