|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Users\ATS User\Desktop\download.jfif** | 1. **SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO DI TRANSIZIONE PAZIENTE COVID‐FREE**
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANAGRAFICA PAZIENTE** | **Cognome\*** | **Nome\*** |
| **Data di nascita\*** |  | **Luogo\*** |
| **Sesso\*** | **Maschio** | **Femmina** |
| **Codice Fiscale\*** |  | **Residenza\*** |
| **Domicilio** |  | **Telefono** |
| **Caregiver/MMG/Ass. Sociale\*** |  | **Telefono\*** |
| **Amministratore di sostegno** | **Cognome e Nome** | **NO** | **NON NECESSARIO** |
| **Struttura inviante\*** |  |
| **Ospedale** | **Dipartimento\*** | **Reparto\*** |
| **Referente clinico\*** | **Telefono\*** |
|  **MAIL REFERENTE / GESTORE PORTALE\*** |  |
| **Paziente dimissibile dal\*** |  |

***Costituiscono Criteri di esclusione***

* paziente instabile secondo classificazione SIC (punteggio 3)
* paziente con acuzie non risolta
* percorso diagnostico incompleto in corso di definizione
* paziente con patologia psichiatrica non controllata dalla terapia
* paziente con condizione per cui sono previsti interventi specifici (SLA, HOSPICE)

|  |  |
| --- | --- |
| **PAZIENTE PRECEDENTEMENTE COVID POSITIVO** | **NO** |
| **PRIMO TAMPONE\*** | **Data:\*** | **Esito:\*** |
| **SECONDO TAMPONE** | **Data:** | **Esito:** |
| **TAMPONI SUCCESSIVI** | **Date:** | **Esiti:** |
| **ESEGUITO TAMPONE 12H PRIMA DELLA DIMISSIONE\*** | **Data:\*** | **Esito:\*** |
| **Eseguito Sierologico\*** |  **SI’** |  **NO** |
| **Sierologico** |  **Data:** |  **Esito:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **MOTIVO DEL RICOVERO (evento indice)\*** |  |
| **Data EVENTO INDICE (se individuabile)\*** |  |
| **Periodo EVENTO INDICE\*** | **< 3 mesi** | **< 6 mesi** | **< 1 anno** |
| **Patologia Principale\*** |
| **Cardiologica** | **Pneumologica** | **Neuromotoria** | **Oncologica** | **Alzheimer** | **Internistica** |
| **Comorbilità o Patologie Croniche\*** |  |
| **Presenza NIV Notturna\*** | **Si** | **NO** |
| **Presenza NIV Diurna\*** | **Si** | **NO** |
| **Presenza di O2t\*** | **NON NECESSITA** | **NECESSITA** | **L/MIN =** |
| **Tracheostomia\*** | **SI** | **NO** |
| **Dialisi\*** | **SI** | **NO** |

|  |
| --- |
| **VALUTAZIONE DI INSTABILITÀ CLINICA (1 Scelta)\*** |
| Paziente stabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale bisettimanale) |
| Paziente moderatamente stabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale più volte alla sett.) |
| Paziente moderatamente instabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale quotidiano) |
| Paziente instabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale che prevede almeno un secondo accesso) |

|  |
| --- |
| **CONDIZIONE FUNZIONALE PRE-MORBOSA (Scala di Rankin Modificata) (1 scelta)\*** |
| Nessun sintomo |
| Non disabilità significativa ( svolge le attività IADL BADL nonostante i sintomi) |
| Disabilità lieve (autonomo solo nelle BADL ) |
| Disabilità moderata (supervisione nelle BADL, ma con deambulazione autonoma) |
| Disabilità moderatamente grave (incapace di deambulare e svolgere le BADL senza assistenza) |
| Disabilità grave (allettato, incontinente, richiede assistenza continua) |

|  |
| --- |
| **STATO NUTRIZIONALE\*** |
| **ADEGUATO** | **OBESITA’** | **MALNUTRIZIONE** | **PESO KG\*** |  |

|  |
| --- |
| **TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO, POSOLOGIA** |
| **1)\*** | **5)** |
| **2)\*** | **6)** |
| **3)** | **7)** |
| **4)** | **8)** |
| **Ulteriori Terapie:** |

|  |
| --- |
| **FARMACI CON PIANO TERAPEUTICO** |
| **1)\*** | **2** |

|  |
| --- |
| **SCALA DI DISABILITÀ COMUNICATIVA (1 SCELTA)\*** |
| Nessuna |
| Lieve |
| Moderata |
| Grave |
| Completa |

|  |
| --- |
| **SUPPORTO SOCIALE\*** |
| **Presente** | **Parziale** | **Assente** |

|  |
| --- |
| **PATOLOGIA PSICHIATRICA\*** |
| **No** | **Sì** | **Specificare** |  |
| **In carico a CPS\*** |
| **No** | **Sì** | **Specificare** |  |
| **Tentato Suicidio\*** |
| **No** | **Sì** | **Specificare** |  |

|  |
| --- |
| **PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA (SE SÌ, CON DATA DIAGNOSI)\*** |
| **No** | **Sì, da < 3 mesi** | **Sì, da < 1 anno** | **Sì, da > 1 anno** |
| **Disturbi comportamentali e sintomi psichici (Se sì, da quanto tempo)\*** |
| **No** | **Sì, da vari giorni** | **Sì, da mesi** | **Sì, da anni** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO\*** | **NO** | **SI’** |
| **SE SI’, SPECIFICARE (più scelte)** |
| Deliri (persecutori, di gelosia, ecc..) |
| Allucinazioni |
| Vagabondaggio o si perde fuori casa |
| Agitazione notturna |
| Inversione ritmo sonno-veglia |
| Aggressività verso sé e/o gli altri |
| Urla o lamentazioni o vocalismi |
| Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica |
| Presenza di disturbi del comportamento alimentare |
| Completamente confuso, personalità destrutturata |
| Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe |
| Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio |
| Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l’ambiente |

|  |
| --- |
| **IRRITABILITA’ (una scelta)\*** |
| Qualsiasi contatto è causa di irritabilità |
| Mostra ogni tanto segni di irritabilità |
| Non mostra alcun segno di irritabilità |

|  |
| --- |
| **IRREQUIETEZZA (più scelte)\*** |
| Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano |
| Si agita e gesticola durante la conversazione |
| Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria |

|  |
| --- |
| **OBIETTIVO DEL RICOVERO (Una scelta)\*** |
| Riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo neuromotorio |
| Riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo cardio-respiratorio |
| Stabilizzazione clinico assistenziale con supporto e addestramento del care-giver |

|  |
| --- |
| **OUTCOME PREVISTO (Una scelta)\*** |
| Rientro al domicilio certo |
| Rientro al domicilio possibile |
| Avviata pratica per ricovero RSA |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PAZIENTE PROVENIENTE DA ALTRO SETTING RIABILITATIVO\*** | **NO** | **SI’** |
| **Progetto Riabilitativo (o da allegare)** |
| **Tipologia Posto Suggerito – Prima Scelta (Facoltativo)** |
| □Cardiologia □ Pneumologia □ Neurologia |
| □ Alzheimer □ Oncologia (chemioterapia) □ Generale Geriatrica |
| □ Mantenimento □ Post Acuti □ Subacuti |
| **Tipologia Posto Suggerito – Seconda Scelta (Facoltativo)** |
| □ Cardiologia □ Pneumologia □ Neurologia |
| □ Alzheimer □ Oncologia (chemioterapia) □ Generale Geriatrica |
| □ Mantenimento □ Post Acuti □ Subacuti |

|  |
| --- |
| **Eventuale nota clinica (Facoltativo)** |

#

|  |
| --- |
| INDICE DI COMPLESSITA’ ASSISTENZIALE ICA\* |
| **1) FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA** |  | **6) IGIENE ED ABBIGLIAMENTO** |  |
| * Senza aiuto/sorveglianza
 | **1** | * Senza aiuto/sorveglianza
 | **1** |
| * Parametri <3 rilevazioni die
 | **2** | * Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)
 | **2** |
| * Parametri ≥3 rilevazioni die
 | **3** | * Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi
 | **3** |
| * Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2
 | **2** | * Totale dipendenza /assenza di collaborazione
 | **4** |
| * Scompenso cardiaco classe NYHA 3
 | **3** | **7) MOVIMENTO** |  |
| * Scompenso cardiaco classe NYHA 4
 | **4** | * Senza aiuto/sorveglianza
 | **1** |
| * Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale
 | **3** | * Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento
 | **2** |
| * Quantità urine
 | **2** | * Necessità aiuto costante per la deambulazione
 | **3** |
| **2) FUNZIONE RESPIRATORIA** |  | * Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto
 | **3** |
| * Senza aiuto/sorveglianza
 | **1** | * Necessità di utilizzare il sollevatore
 | **4** |
| * Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata
 | **2** | * Allettamento obbligato/immobilità nel letto
 | **4** |
| * Dispnea da sforzo grave
 | **3** | **8) RIPOSO E SONNO** |  |
| * Dispnea a riposo
 | **4** | * Senza aiuto/sorveglianza
 | **1** |
| * Secrezioni abbondanti da broncoaspirare
 | **4** | * Sonno indotto con farmaci
 | **2** |
| * Tosse acuta/cronica
 | **3** | * Disturbi del sonno
 | **3** |
| * Parametri <3 rilevazioni die
 | **2** | * Agitazione notturna costante
 | **4** |
| * Parametri ≥3 rilevazioni die
 | **3** | **9) SENSORIO E COMUNICAZIONE** |  |
| * Ossigenoterapia
 | **3** | * Senza aiuto/sorveglianza
 | **1** |
| * Necessità di ventiloterapia notturna
 | **3** | * Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio
 | **2** |
| * Presenza di tracheostomia
 | **4** | * Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio
 | **3** |
| * Terapia con nebulizzazioni
 | **3** | * Deficit cognitivo lieve
 | **2** |
| **3) MEDICAZIONI** | * Deficit cognitivo moderato
 | **3** |
| * Assenza di medicazioni
 | **1** | * Deficit cognitivo grave
 | **4** |
| * Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)
 | **2** | * Stato costante di apatia/agitazione/aggressività
 | **4** |
| * Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)
 | **3** | **10) AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE**  |
| * Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)
 | **4** | * Senza aiuto/sorveglianza
 | **1** |
| * Ferita chirurgica non complicata
 | **2** | * Apparecchi medicali dal domicilio
 | **2** |
| * Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione )
 | **3** | * Rischio caduta medio-alta
 | **4** |
| * Moncone di amputazione da medicare
 | **3** | * Uso di mezzi di protezione
 | **4** |
| * Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica
 | **3** | * Attivazione assistente sociale
 | **3** |
| * Stomia recente da medicare
 | **3** | * Educazione sanitaria del care-giver
 | **2** |
| * Altre medicazioni complesse o sedi multiple
 | **4** | * Pianificazione dimissioni con altre istituzioni
 | **3** |
|  **4) ALIMENTI E IDRATAZIONE** | **11) TERAPIE** |
| * Senza aiuto/sorveglianza
 | **1** | * Assenza di terapia
 | 1 |
| * Prescrizione dietetica
 | **2** | * Terapia solo orale 1 o 2 volte / die
 | 2 |
| * Necessità di aiuto per azioni complesse
 | **2** | * Terapia più di 2 volte / die
 | 3 |
| * Necessità di aiuto costante nell’alimentarsi
 | **3** | * Trattamento infusivo 1/die (antibiotici, elettroliti)
 | 2 |
| * Presenza di disfagia lieve
 | **3** | * Trattamento infusivo più volte die
 | 3 |
| * Presenza di disfagia moderata/severa
 | **4** | * Antibiotico in infusione continua
 | 3 |
| * Nutrizione enterale (SNG o P EG recente)
 | **4** | * Terapia infusionale continua con inotropi, vasodilatatori
 | 4 |
| **5) ELIMINAZIONE** | * Nutrizione parenterale totale
 | 3 |
| * Senza aiuto/sorveglianza
 | **1** | **12) ALTRI BISOGNI CLINICI** |
| * Monitoraggio alvo
 | **2** | * Assenza di altri bisogni clinici
 | 1 |
| * Necessità di clisma
 | **3** | * Monitoraggio settimanale ematochimici
 | 2 |
| * Necessità di essere accompagnato al WC
 | **3** | * Monitoraggio plurisettimanale ematochimici
 | 3 |
| * Gestione della stomia
 | **3** | * Necessità di consulenze specialistiche
 | 3 |
| * Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo
 | **2** | * Necessità di follow-up strumentale
 | 3 |
| * Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)
 | **3** | * Necessità di fisioterapia di gruppo
 | 2 |
| * Cateterismo durante il ricovero /a lunga permanenza
 | **3** | * Necessità di fisioterapia individuale
 | 3 |
|  | * Comorbidità severa (CIRS-C < 3)
 | 2 |
| * Comorbidità severa (CIRS-C = 3)
 | 3 |
| * Necessità di educazione sanitaria al pz.
 | 2 |

|  |
| --- |
| **FSS-ICU DA COMPILARE SOLO SE OBIETTIVO RICOVERO è riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo neuromotorio o stabilizzazione clinico assistenziale con supporto e addestramento del caregiver** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FSS-ICU** |  **SCORE** | **FSS-ICU** | **SCORE** |
| **ROTOLAMENTO NEL LETTO** |  | **PASSAGGIO DA SUPINO A SEDUTO** |  |
| Autonomo | 7 | Autonomo | 7 |
| Autonomo, ma si aiuta con le mani | 6 | Autonomo, ma si aiuta con le mani | 6 |
| Autonomo, ma va incoraggiato | 5 | Autonomo, ma va incoraggiato | 5 |
| Minima assistenza | 4 | Minima assistenza | 4 |
| Moderata assistenza | 3 | Moderata assistenza | 3 |
| Massima assistenza | 2 | Massima assistenza | 2 |
| Totalmente dipendente | 1 | Totalmente dipendente | 1 |
| Non può svolgere il compito | 0 | Non può svolgere il compito | 0 |
| **POSIZIONE SEDUTA BORDO DEL LETTO** |  | **PASSAGGIO DA SEDUTO IN PIEDI** |  |
| Autonomo | 7 | Autonomo | 7 |
| Autonomo, ma si aiuta con le mani | 6 | Autonomo, ma si aiuta con le mani | 6 |
| Autonomo, ma va incoraggiato | 5 | Autonomo, ma va incoraggiato | 5 |
| Minima assistenza | 4 | Minima assistenza | 4 |
| Moderata assistenza | 3 | Moderata assistenza | 3 |
| Massima assistenza | 2 | Massima assistenza | 2 |
| Totalmente dipendente | 1 | Totalmente dipendente | 1 |
| Non può svolgere il compito | 0 | Non può svolgere il compito | 0 |
| **DEAMBULAZIONE** |  |  |
| Autonomo (≥50m) senza ausili | 7 |
| Autonomo (≥50m) con ausili | 6 |
| Autonomo (≥50m), ma va incoraggiato | 5 |
| Minima assistenza per (≥50m) | 4 |
| Moderata assistenza (≥50m) | 3 |
| Massima assistenza (50m) | 2 |
| Meno di 15m o aiuto di due persone | 1 |
| Non può svolgere il compito | 0 |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Scala CR 10 di Borg DA COMPILARE SOLO SE OBIETTIVO RICOVERO è Riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo cardio-respiratorio** |

**​**

|  |
| --- |
| **Scala CR 10 di Borg**(Adattata da Borg G. Med SciSport Exerc) |
| Percezione della dispnea | **A Riposo** | **Sotto Sforzo** |
| Nessun Affanno |  |  |
| Appena Percepibile |  |  |
| Molto Lieve |  |  |
| Lieve |  |  |
| Moderato |  |  |
| Moderatamente severo |  |  |
| Severo |  |  |
| Molto Severo |  |  |
| Molto,Molto severo |  |  |
| Insopportabile |  |  |