

**2. SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO DI TRANSIZIONE
 PAZIENTE COVID NEGATIVIZZATO**

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 risolte
- 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		SI
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
Comorbidità 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 settimana)
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 ACCETTATO DA STRUTTURA SOCIOSANITARIA RSA*	SI' e rientra nella stessa RSA	No / Altro

PAZIENTE PROVENIENTE DA ALTRO SETTING RIABILITATIVO*	NO	SI'
Progetto Riabilitativo (o da allegare)		
Tipologia Posto Sugerito – Prima Scelta (Facoltativo)		
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Neurologia
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Oncologia (chemioterapia)	<input type="checkbox"/> Generale Geriatrica
<input type="checkbox"/> Mantenimento	<input type="checkbox"/> Post Acuti	<input type="checkbox"/> Subacuti
Tipologia Posto Sugerito – Seconda Scelta (Facoltativo)		
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Neurologia
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Oncologia (chemioterapia)	<input type="checkbox"/> Generale Geriatrica
<input type="checkbox"/> Mantenimento	<input type="checkbox"/> Post Acuti	<input type="checkbox"/> Subacuti

Eventuale nota clinica (Facoltativo)

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"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza /assenza di collaborazione	4		
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	7) MOVIMENTO			
<input type="checkbox"/> Scompenso 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			11) TERAPIE		
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Assenza di terapia	1		
<input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica	2	<input type="checkbox"/> Terapia solo orale 1 o 2 volte / die	2		
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse	2	<input type="checkbox"/> Terapia più di 2 volte / die	3		
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo 1/die (antibiotici, elettroliti)	2		
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve	3	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo più volte die	3		
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata/severa	4	<input type="checkbox"/> Antibiotico in infusione continua	3		
<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o P EG recente)	4	<input type="checkbox"/> Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4		
5) ELIMINAZIONE			<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	3	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	12) ALTRI BISOGNI CLINICI			
<input type="checkbox"/> Monitoraggio alvo	2	<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici	1		
<input type="checkbox"/> Necessità di clisma	3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio settimanale ematochimici	2		
<input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al WC	3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3		
<input type="checkbox"/> Gestione della stomia	3	<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche	3		
<input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2	<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale	3		
<input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)	3	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia di gruppo	2		
<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero /a lunga permanenza	3	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia individuale	3		
		<input type="checkbox"/> Comorbidità severa (CIRS-C < 3)	2		
		<input type="checkbox"/> Comorbidità severa (CIRS-C = 3)	3		
		<input type="checkbox"/> 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
ROTOCOLAMENTO 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 SOLE 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		