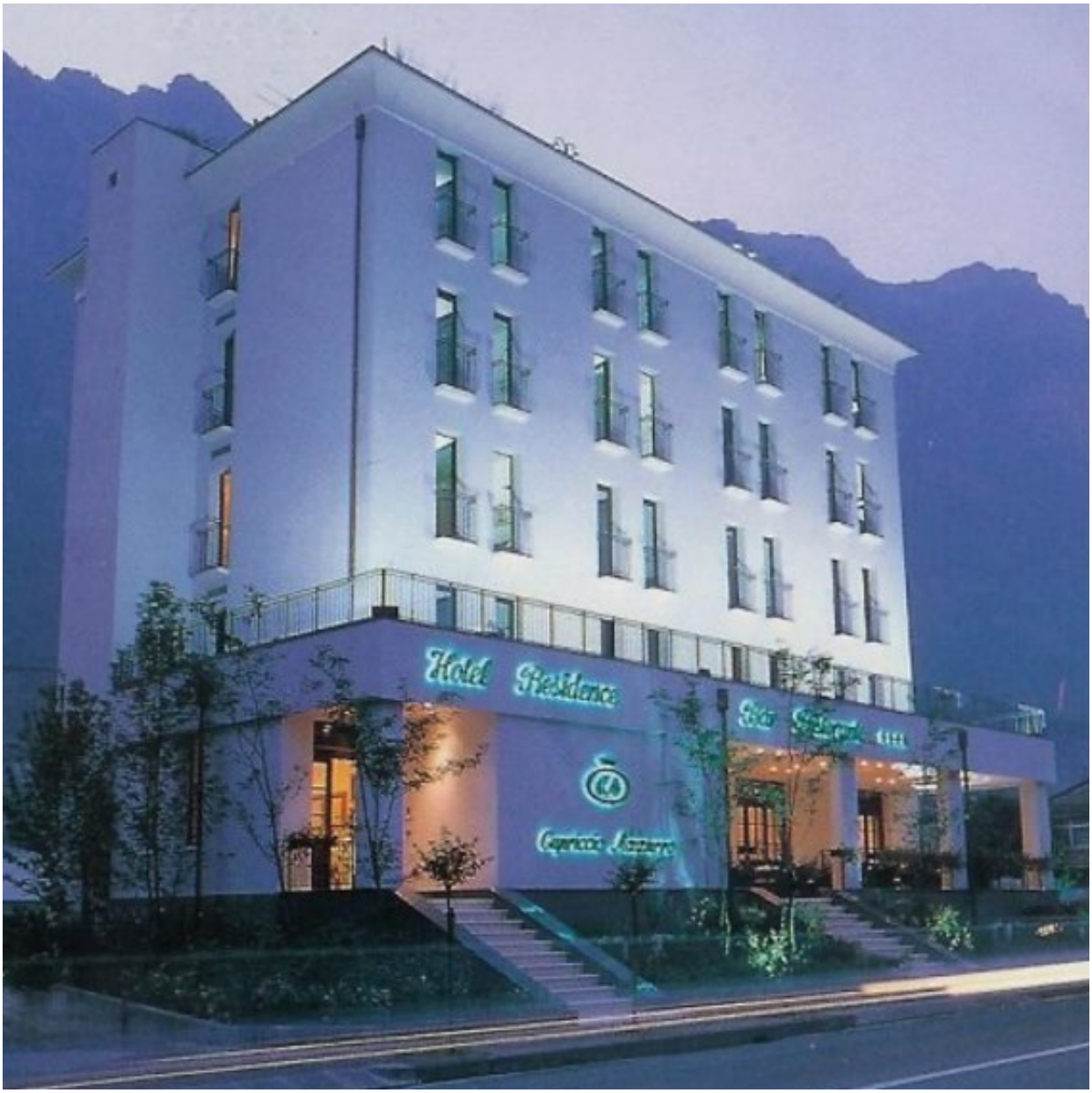
CAPRICCIO AZZURRO



SCHEDA MEDICA DI VALUTAZIONE PER L'INGRESSO DELL'OSPITE

Ver.00 Speciale per Art.13 c.b L.R. 3/2008

Documento da compilarsi esclusivamente a cura del MMG o Specialista per l'accesso alle strutture socio assistenziali in linea con gli standard assistenziali della DGR 7776/2018 e s.m.i. per l'accoglienza di anziani con patologie che non richiedano assistenza sanitaria o sociosanitaria continuativa

CAPRICCIO AZZURRO

RELAZIONE D'INGRESSO PER L'OSPITE

Questo documento deve essere compilato per ogni ospite prima dell'ingresso per valutare i criteri di inclusione/esclusione in quanto le strutture sperimentali ai sensi dell'Art.13 c. b dell L.R. 3/2008, ospitano persone di età uguale o superiore a 65 anni, in condizioni di vulnerabilità sociale, che richiedono interventi a bassa intensità assistenziale (come previsto dal DM 308/2001) senza necessità di assistenza sociosanitaria continuativa.
Le persone possono presentare limitazioni anche consistenti nelle IADL e minime limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana – BADL (solo risposta 1 o 2 della scala). Devono comunque essere in grado di:

- utilizzare autonomamente i servizi igienici, anche accompagnate in caso di necessità, e con eventuale supervisione;
- gestire autonomamente o con il minimo aiuto i trasferimenti letto-sedia;
- cambiare autonomamente posizione nel letto senza necessità di aiuto;
- essere in grado di alimentarsi da soli, con eventuale supervisione o minima assistenza durante i pasti (es. tagliare carne).

Entro questi limiti possono essere accolte, purché permangano tutte le funzioni sopradette, anche persone con limitazioni delle funzioni mentali superiori di grado lieve-moderato (MCI o demenza lieve-moderata) sostenibili con funzioni di assistenza minima (es. supervisione o aiuto nell'organizzazione di vita) in assenza di anomalie del comportamento maggiori e non compatibili con la vita in comunità (aggressività, vocalizzazione impropria e incessante).
Le persone che vivono nella struttura, mantengono l'iscrizione al proprio MMG che resta il responsabile clinico della loro salute.

PER IL RICOVERO DEL SIGNOR/A _____

NATO/A _____ li _____

RESIDENTE A _____ via _____ n _____

DIAGNOSI _____

SISTEMA NERVOSO _____

ORIENTAMENTO NELLO SPAZIO Si ☐ No ☐

ORIENTAMENTO NEL TEMPO Si ☐ No ☐

ALVO NORMALE ☐ STIPSI ☐ DIARREA ☐ INCONTINENZA DEL GG_____ ☐

FA USO DI LASSATIVI ☐ Si ☐ No ☐ TIPO_____

DIURESI NORMALE ☐ OLIGURIA ☐ ANURIA ☐ POLIURI ☐ INCONTINENZA ☐

Portatore di catetere CH_____ TIPO_____dal giorno_____

Portatore di abbigliamento protettivo _____

ALIMENTAZIONE AUTONOMA ☐ NECESSITA DI ASSISTENZA ☐

RESPIRO EUPNEA ☐ DISPNEA ☐ APNEA ☐ PRESENTA FAME D'ARIA ☐

CUORE E SISTEMA CIRCOLATORIO _____

SONNO NOTTURNO ☐ DIURNO ☐ FA USO DI SONNIFERI TIPO_____ ☐

CAPRICCIO AZZURRO

MOBILITÀ

DEAMBULAZIONE ☐ NORMALE ☐ DIFFICOLTOSA ☐ IMPOSSIBILE ☐

AUTONOMIA NELL'USO DELLA TOILETTE Si ☐ No ☐

CAPACITÀ DI MANTENERE LA POSIZIONE SEDUTA Si ☐ No ☐

CAUSE _____

DISTURBI PRINCIPALI O CONCOMITANTI

CRISI EPILETTICHE ☐ DEMENZA ☐ DEMENZA TIPO ALZHEIMER ☐

ABUSO ETILICO ☐ DIABETE ☐ DEPRESSIONE GRAVE ☐

POSITIVITà PER EPATITE GRAVE ☐ HIV ☐ IPERTENSIONE ☐

PIAGHE DA DECUBITO ☐ TOSSICODIPENDENZA ☐

ALLERGIE A FARMACI E/O ALIMENTI _____

ABITUDINI DI VITA

CURA DI SE PRESENTE ☐ ASSENTE ☐

FUMO Si ☐ No ☐

ALCOOL Si ☐ No ☐

COMUNICAZIONE

DISTURBI DEL LINGUAGGIO Si ☐ No ☐ CAUSE _____

DISTURBI ALLA VISTA Si ☐ No ☐ CAUSE _____

DISTURBI ALL'UDITO Si ☐ No ☐ CAUSE _____

COMUNICABILITÀ NORMALE ☐ SCARSA ☐ ASSENTE ☐

IL PAZIENTE È IN GRADO DI PROVVEDERE ALLA PROPRIA IGIENE QUOTIDIANA Si ☐ No ☐

CAPRICCIO AZZURRO

IL SIG./RA _____ NON È AFFETTO DA MALATTIA INFETTIVA E/O CONTAGIOSA.

☐ IL SIG./RA _____ È IDONEO ALLA PERMANENZA IN UNA STRUTTURA REGOLAMENTATA AI SENSI DELL'ART.13 C. B DELLA L.R. 3/2008 , SECONDO GLI STANDARD PRESCRITTI DALL'ALLEGATO A DELLA DGR 7776/2018

☐ IL SIG./RA _____ NON È IDONEO ALLA PERMANENZA IN UNA STRUTTURA REGOLAMENTATA AI SENSI DELL'ART.13 C. B DELLA L.R. 3/2008 , SECONDO GLI STANDARD PRESCRITTI DALL'ALLEGATO A DELLA DGR 7776/2018

DATA _____ TIMBRO E FIRMA _____

N.B. ALLEGARE ATTUALE PIANO TERAPEUTICO IN USO AL DOMICILIO DEL PAZIENTE

CAPRICCIO AZZURRO

Attività di base della vita quotidiana (BADL)

Per il ricovero del Signor/a_____

1) FARE IL BAGNO (Vasca, doccia, spugnature)	
A. Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo)	1
B. Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso)	1
C. Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo	0
2) VESTIRSI (Prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti , inclusa biancheria intima, vestiti , uso delle allacciature)	
A. Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza	1
B. Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe	1
C. Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito	0
3) TOILETTE (Andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi e rivestirsi)	
A. Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino	1
B. Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda	0
C. Non si reca in bagno per l'evacuazione	0
4) SPOSTARSI	
A. Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore)	1
B. Compie questi trasferimenti se aiutato	0
C. Allettato, non esce dal letto	0
5) CONTINENZA DI FECI E URINE	
A. Controlla completamente feci e urine	1
B. "Incidenti" occasionali	0
C. Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine , usa catetere , è incontinente	0
6) ALIMENTAZIONE	
A. Senza assistenza	1
B. Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane	1
C. Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale	0
TOTALE BADL	

1° Valutazione / Revisione del _____ (indicare la data in ogni caso)

Firma e Timbro del Medico

CAPRICCIO AZZURRO

Attività strumentali della vita quotidiana (IADL)

Per il ricovero del Signor/a_____

1) ABILITÀ AD USARE IL TELEFONO	
A. Usa il telefono di propria iniziativa : cerca il numero telefonico e lo compone	1
B. Compone solo pochi numeri ben conosciuti	1
C. Risponde al telefono, ma non compone numeri	1
D. È incapace di usare il telefono	0
2) SPOSTAMENTI FUORI CASA	
A. Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o della propria automobile	1
B. Fa uso di TAXI , ma non è capace di usare mezzi pubblici	1
C. Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato	1
D. Viaggia in macchina o in TAXI quando è assistito o accompagnato da altri	0
E. Non può viaggiare affatto	0
3) ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI	
A. E' capace di assumere correttamente le medicine	1
B. È capace di assumere le medicine solo se in precedenza già preparate e separate	0
C. È incapace di assumere da solo le medicine	0
4) USO DEL PROPRIO DENARO	
A. Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, fare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca) , controlla le proprie entrate	1
B. Provvede alle spese ed ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni , fare grosse spese etc)	1
C. E' incapace di maneggiare il denaro in modo proprio	0
5) FARE LA SPESA ☐ Non strettamente applicabile e pertinente	
A. Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma	1
B. È capace di effettuare solo piccoli acquisti	0
C. Ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto	0
D. È completamente incapace di fare la spesa	0
6) PREPARARE I PASTI ☐ Non strettamente applicabile e pertinente	
A. Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in maniera autonoma	1
B. Prepara il pasto solo se gli si forniscono tutti gli ingredienti	0
C. È in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara i cibi in maniera non costante tanto da non riuscire a mantenere un'alimentazione adeguata	0
D. Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito	0

CAPRICCIO AZZURRO

Attività strumentali della vita quotidiana (IADL)

Per il ricovero del Signor/a_____

7) CURA DELLA CASA ☐ **Non strettamente applicabile e pertinente**	
A. Riesce ad occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aiuto per i lavori pesanti	1
B. Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri come lavare i piatti , rifare il letto, etc	1
C. Riesce ad effettuare lavori domestici leggeri, ma non è capace di mantenere un livello adeguato di pulizia+	1
D. Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie di casa	0
E. È completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica	0
8) FARE IL BUCATO ☐ **Non strettamente applicabile e pertinente**	
A. Lava tutta la propria biancheria	1
B. Lava solo i piccoli indumenti	1
C. Tutto il bucato deve essere fatto da altri	0
TOTALE IADL	

1° Valutazione / Revisione del _____ (indicare la data in ogni caso)

Firma e Timbro del Medico

CAPRICCIO AZZURRO

Indice di comorbilità (CIRS)

Menomazione: 1= nessuna 2= lieve 3= moderata 4= grave 5= molto grave	
1. Patologie cardiache (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. Patologie vascolari (sangue vasi midollo, milza, sistema linfatico)	1 2 3 4 5
4. Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1 2 3 4 5
5. Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio,naso,gola,laringe)	1 2 3 4 5
6. Apparato gastroenterico superiore (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari epato-pacreatiche; escluso diabete)	1 2 3 4 5
7. Apparato gastroenterico inferiore (intestino, ernie)	1 2 3 4 5
8. Patologie epatiche	1 2 3 4 5
9. Patologie 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	1 2 3 4 5
12. Patologie sistema nervoso (s.n.c. e periferico, esclusa demenza)	1 2 3 4 5
13. Patologie endocrino-metaboliche (include diabete, sepsi, stati tossici)	1 2 3 4 5
14. Patologie psichiatriche e comportamentali (include demenza, depressione, ansia agitazione, psicosi)	1 2 3 4 5
CIRS SEVERITY INDEX	
CIRS COMORBILITY INDEX	

1° Valutazione / Revisione del _____ (indicare la data in ogni caso)

Firma e Timbro del Medico

CAPRICCIO AZZURRO