SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO

PER LA CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ PSICOFISICA ALLA VITA IN CAA (allegato A)

OSPITE POTENZIALE _____

NATO/A A _____(___),

IL _____ C.F. _____

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

QUADRO CLINICO: PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	VALUTAZIONE
Patologie cardiache (solo cuore) Portatore di PM ☐NO ☐SI		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE
Ipertensione (si valuta la severità, gli organi vitali vanno considerati separatamente)		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE
Occhi/O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE

Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE
Fegato (solo fegato)		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE
Rene (solo rene)		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE
Apparato riproduttivo e altre patologie genito-urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE
Apparato muscolo-scheletro e cute (muscoli, scheletro, tegumenti)		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE
Patologie del sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; NON include la demenza)		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE
Patologie del sistema endocrino-metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE
Stato mentale e comportamentale (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)		☐ASSENTE ☐LIEVE ☐MODERATO ☐GRAVE ☐MOLTO GRAVE

Malattie infettive contagiose (in atto)

_____

_____

_____
_____
_____

Interventi chirurgici e/o ricoveri ospedalieri e riabilitativi (negli ultimi 12 mesi)

_____
_____
_____
_____

ASPETTI CLINICO-FUNZIONALI	
Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle)	☐SENZA AIUTO O SORVEGLIANZA ☐USO AUTONOMO DEGLI AUSILI PER IL MOVIMENTO ☐NECESSITA DI AIUTO COSTANTE PER LA DEAMBULAZIONE ☐MOBILIZZAZIONE SOLO IN POLTRONA E/O CAMBI POSTURALI A LETTO ☐NECESSITA DEL SOLLEVATORE ☐ALLETTATO
Ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle)	☐BASTONE ☐CARROZZINA ☐DEAMBULATORE/GIRELLO ☐ _____
Incontinenza urinaria	☐NO ☐SI
Catetere vescicale	☐NO ☐SI data ultimo posizionamento _____
Incontinenza fecale	☐NO ☐SI ☐STOMIA , sede:_____
Ossigenoterapia	☐NO ☐SI,☐continua ☐discontinua
Ventilazione	☐NO ☐SI,☐invasiva ☐non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	☐NO ☐SI, sede _____
Lesioni da pressione	☐NO ☐SI sede_____stadio ☐I ☐II ☐III ☐IV sede_____stadio ☐I ☐II ☐III ☐IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	☐NO ☐SI, sede _____
Cadute ricorrenti	☐NO ☐SI, specificare _____ _____

Deficit sensoriali

Ipovisus	☐NO ☐SI
Ipoacusia	☐NO ☐SI ☐corretta con protesi

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE	
Autonomia nell'alimentazione	☐SENZA AIUTO O SORVEGLIANZA ☐NECESSITA DI AIUTO PER AZIONI COMPLESSE (ES. TAGLIARE, VERSARE, APRIRE) ☐NECESSITA DI AIUTO COSTANTE NELL'ALIMENTARSI O DI IMBOCCAMENTO
Edentulia	☐NO ☐SI: PROTESI ☐inferiore ☐superiore SCHELETRATO ☐inferiore ☐superiore
Rifiuto del cibo	☐NO ☐SI
Disfagia	☐NO ☐SI
Dieta specifica	☐NO ☐SI, **in allegato**
Cibi frullati o omogeneizzati	☐NO ☐SI
Alimentazione enterale	☐NO ☐SI ☐PEG ☐SNG
Alimentazione parenterale	☐NO ☐SI: ☐periferico ☐centrale parenterale
Peso corporeo	_____Kg
Altezza	_____cm

Allergie	☐NON NOTE ☐NO ☐Si, di tipo: _____

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI	
Stato di coscienza alterato	☐NO ☐SI ☐soporoso ☐stato vegetativo (GCS:_____/15)
Deficit di memoria	☐NO ☐SI
Disorientamento	☐NO ☐temporale ☐spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	☐NO ☐SI, di tipo _____
Crisi d'ansia/attacchi di panico	☐NO ☐SI
Deflessione del tono dell'umore	☐NO ☐SI
Deliri	☐NO ☐SI
Allucinazioni	☐NO ☐SI
Aggressività	☐NO ☐SI: ☐fisica ☐verbale
Disturbi del sonno	☐NO ☐SI ☐inversione ritmo sonno-veglia
Wandering (cammino finalistico/affaccendamento)	☐NO ☐SI
Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo di fuga	☐NO ☐SI
Uso di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	☐NO ☐SI, di tipo _____
Etilismo/potus	☐NO ☐SI: ☐attuale ☐pregresso
Abuso/dipendenza da sostanze	☐NO ☐SI: ☐attuale ☐pregresso di tipo _____
Tentato suicidio	☐NO ☐SI: indicare la data _____

In carico a servizi psichiatrici	☐NO ☐SI: specificare _____ _____

Note
_____
_____
_____

TERAPIA

☐NON ASSUME TERAPIA FARMACOLOGICA

TERAPIA ATTUALE E ORARI DI SOMMINISTRAZIONE

QUANDO (ora, prima o dopo i pasti)	**FARMACO/ PRINCIPIO ATTIVO**	**DOSAGGIO**	**TERMINE PERIODO SOMM.**

ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI

EMOTRASFUSIONE	☐NO ☐SI
DIALISI	☐NO ☐SI: ☐emodialisi ☐dialisi peritoneale
ALTRO (ES. CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA)	☐NO ☐SI, di tipo _____ _____

EVENTUALI PIANI TERAPEUTICI DA RINNOVARE PERIODICAMENTE

☐PT PRESIDI PER INCONTINENZA E STOMIE

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

☐PT PRESIDI PER LA DEAMBULAZIONE

- ☐ _____
- ☐ _____

☐PT PRESIDI PER DIABETICI

- ☐ _____
- ☐ _____

☐PT DEGLI ALIMENTI (NEFROPATICI, CELIACI, ECC.)

- ☐ _____
- ☐ _____

☐PT SACCHE PER NUTRIZIONE ENTERALE E PARENTERALE

- ☐ _____
- ☐ _____

☐PT FARMACI CLASSIFICATI A-PT, A-PHT E FASCIA H ESITABILI

- ☐ANTICOAGULANTE ORALE CON AVK E NAO/DOAC NEI PAZIENTI CON FANV
- ☐ _____
- ☐ _____

☐PT PER LA FORNITURA DI AUSILI, DISPOSITIVI MONOUSO, ALIMENTAZIONE SPECIALE E ALTRI PREISI

PROTESICI DI CUI AGLI ALLEGATI 2-3 E 5 DEL DPCM DEL 12/01/2017

☐_____
☐_____
☐_____

☐PT PER MALATTIE RARE

☐_____
☐_____
☐_____

Per ogni Piano Terapeutico si allega OBBLIGATORIAMENTE copia della prescrizione con data del prossimo rinnovo.

EVENTUALI ANNOTAZIONI

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Dichiara che il/la sig./ra in oggetto, per le diagnosi di cui sopra, ha i requisiti minimi di autosufficienza totale o parziale per l'idoneità ai servizi socioassistenziali offerti dalla Comunità-Alloggio per Anziani (residenza NON sanitaria).

PROVENIENTE DA ALTRA STRUTTURA SANITARIA O SOCIOSANITARIA

☐NO
☐SI, specificare _____

Medico curante o di struttura _____ indirizzo _____ tel._____ e-mail _____	Timbro e firma del medico curante o di struttura Luogo e data _____

AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003 E DEL REG.UE 679/2016 SI INFORMA CHE I DATI INDICATI SARANNO IMPIEGATI ESCLUSIVAMENTE AL FINE DI COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE PER LE FINALITÀ INERENTI ALLA GESTIONE DEL MEDESIMO RAPPORTO, COME DISCIPLINATO NELLA RELATIVA INFORMARTIVA DELLA STRUTTURA RICEVENTE.