

**U.O. Casa Residenza per Anziani non-autosufficienti**

Area medica

<b>OSPITE</b>	Nome e Cognome	Scheda per uso locale e temporaneo Data prevista di ingresso
	Data e luogo di nascita	
	Città ed indirizzo di residenza	

<b>Caregiver di riferimento (nome e cognome)</b>	Relazione con pz.:
	Numero di telefono:

- a) Invio della richiesta: riconsegnare la scheda al familiare dell'utente, via fax al n. 0546-977012 o via email ad [info@villabella.info](mailto:info@villabella.info). Per accedere ai servizi di interpretariato, contattare il team della programmazione ricoveri
- b) Istruzioni di compilazione: indicare le ragioni per la richiesta di presa in carico allegando eventuali documenti quali foglio unico di terapia (FUT), consulenze e richieste di specialistica ambulatoriale. Completando questa richiesta, il suo paziente accede ai servizi per gli utenti anziani in modo che possa essere triagiato dal professionista più appropriato

**Anamnesi, patologie ed allergie**

Sintesi anamnestica	
Patologie acute in atto e croniche	
Allergie e intolleranze	

**Aree di intervento**

Medico	Cognitivo/comportamentale	Psicosociale	Funzionale
<input type="checkbox"/> Mobilità/mobilizzazione <input type="checkbox"/> Cadute/cadute frequenti <input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Delirio <input type="checkbox"/> Gestione del dolore <input type="checkbox"/> Polifarmacologia <input type="checkbox"/> Problematiche del sonno <input type="checkbox"/> Perdita di peso <input type="checkbox"/> Alimentazione	<input type="checkbox"/> Aggressività verbale <input type="checkbox"/> Aggressività fisica <input type="checkbox"/> Demenza <input type="checkbox"/> Alzheimer's <input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Wandering <input type="checkbox"/> Sundowning <input type="checkbox"/> Patologia psichiatrica	<input type="checkbox"/> Storia pregressa di abusi <input type="checkbox"/> Isolamento sociale <input type="checkbox"/> Problematiche familiari <input type="checkbox"/> Problemi con caregiver <input type="checkbox"/> Altro (indicare) <hr/>	<input type="checkbox"/> Grande senilità <input type="checkbox"/> Declino nelle ADL <input type="checkbox"/> Cute non integra <input type="checkbox"/> Declino nelle IADL <input type="checkbox"/> Sicurezza al domicilio <input type="checkbox"/> Altro (indicare) <hr/>

**Area dei rischi**

Infettivo	Vie aeree	Cardiovascolare	Sicurezza
<input type="checkbox"/> Germe sentinella <hr/> <input type="checkbox"/> Progressa sepsi <input type="checkbox"/> Progressa polmonite	<input type="checkbox"/> Eupnoico <input type="checkbox"/> Dispnoico <input type="checkbox"/> Prescrizione O <sub>2</sub> tp.	<input type="checkbox"/> Ipertensione <input type="checkbox"/> Progressa RCP <input type="checkbox"/> Tp. Long acting	<input type="checkbox"/> Autolesionismo <input type="checkbox"/> Cadute negli ultimi 3 mesi <input type="checkbox"/> Ricoveri in ospedale/PS

**Breve Indice di Non Autosufficienza (BINA)**

<b>A. Medicazioni di tipo chirurgico</b> <input type="checkbox"/> (10) Non necessarie <input type="checkbox"/> (30) Ulcere e distrofie cutanee <input type="checkbox"/> (40) Catetere a permanenza o stomia <input type="checkbox"/> (100) Lesioni da Decubito	<b>F. Deficit sensoriali (udito e vista)</b> <input type="checkbox"/> (10) Normale <input type="checkbox"/> (20) Deficit correggibile con protesi <input type="checkbox"/> (80) Grave deficit non correggibile <input type="checkbox"/> (100) Cecità e/o sordità totale
<b>B. Necessità di prestazioni mediche</b> <input type="checkbox"/> (10) Buone condizioni di salute <input type="checkbox"/> (20) Controlli periodici (pressione, glicemia, esami di laboratorio) <input type="checkbox"/> (40) Controlli specialistici con certo impegno <input type="checkbox"/> (100) Prestazioni mediche continuative	<b>G. Mobilità</b> <input type="checkbox"/> (10) Cammina normalmente senza aiuto <input type="checkbox"/> (30) Cammina o si sposta con l'aiuto saltuario di persone <input type="checkbox"/> (80) Si sposta con l'aiuto di altre persone o carrozzina <input type="checkbox"/> (100) Allettato, deve essere alzato e mobilizzato
<b>C. Controllo sfinterico</b> <input type="checkbox"/> (10) Presente <input type="checkbox"/> (30) Incontinenza urinaria episodica <input type="checkbox"/> (70) Incontinenza urinaria permanente <input type="checkbox"/> (100) Incontinenza totale sia urinaria che fecale	<b>H. Attività della Vita Quotidiana (ADL)</b> <input type="checkbox"/> (10) Totalmente indipendente <input type="checkbox"/> (20) Aiuto programmato <input type="checkbox"/> (50) Aiuto necessario ma parziale <input type="checkbox"/> (100) Totalmente dipendente
<b>D. Disturbi comportamentali</b> <input type="checkbox"/> (10) Assenti <input type="checkbox"/> (50) Disturbi dell'umore <input type="checkbox"/> (80) Disturbi della cognitiv�� <input type="checkbox"/> (100) Disturbi della cognitiv�� e comportamento disturbato	<b>I. Attività occupazionale</b> <input type="checkbox"/> (10) Entra/esce liberamente dalla residenza <input type="checkbox"/> (30) Svolge piccoli lavori/mansioni <input type="checkbox"/> (60) Svolge attiv�� con l'aiuto di altre persone <input type="checkbox"/> (100) Non svolge nessuna attiv��
<b>E. Funzioni del linguaggio e della comunicazione</b> <input type="checkbox"/> (10) Parla e comprende normalmente <input type="checkbox"/> (30) Linguaggio menomato ma comprende <input type="checkbox"/> (70) Non riesce ad esprimere il suo pensiero <input type="checkbox"/> (100) Non comprende e non si esprime	<b>J. Rete familiare e sociale</b> <input type="checkbox"/> (10) Presenta adeguato supporto dalla famiglia <input type="checkbox"/> (30) Supporto da parenti e amici <input type="checkbox"/> (70) Supporto da parenti e amici in caso di bisogno <input type="checkbox"/> (100) Supporto solamente istituzionale
Punti prima colonna _____	Punti seconda colonna _____
Totale BINA _____ <input type="checkbox"/> Pz. autosufficiente se inferiore a 230      <input type="checkbox"/> Pz. NON autosufficiente se uguale o superiore a 230	

**Terapie in atto**
 Allegato il Foglio Unico di Terapia (FUT)    |   
  Riconciliazione farmacologica recente

Farmaco	Dosaggio	Posologia	8	12	14-16	18	20

Data compilazione

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico