

U.O. Casa Residenza per Anziani non-autosufficienti: Riabilitazione

Area medica

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

Caregiver di riferimento (nome e cognome)	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. 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"/> Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Cadute/cadute frequenti <input type="checkbox"/> Evento traumatologico <input type="checkbox"/> Riabilitazione cardiologica <input type="checkbox"/> Riabilitazione respiratoria <input type="checkbox"/> Cerebrolesione <input type="checkbox"/> Mielolesione <input type="checkbox"/> Altro (indicare) _____	<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"/> Appartamento non-idoneo <input type="checkbox"/> Problematiche familiari <input type="checkbox"/> Problemi con caregiver <input type="checkbox"/> Altro (indicare) _____	<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) _____

Area dei rischi

Infettivo	Vie aeree	Cardiovascolare	Sicurezza
<input type="checkbox"/> Germe sentinella _____ <input type="checkbox"/> Progressa sepsi <input type="checkbox"/> Progressa polmonite	<input type="checkbox"/> Eupnoico <input type="checkbox"/> Dispnoico <input type="checkbox"/> Prescrizione O ₂ 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

Compilazione a cura del Medico richiedente

 Seleziona
valore

Scala RCS Extended V13

(C) Bisogno di cure di base e sostegno	
0	Ampliamente autosufficiente - Gestisce i compiti di cura personale in maniera ampiamente autonoma. Può necessitare di assistenza occasionale per iniziare o portare a termine alcune azioni, es. applicare ortesi, legare lacci, ecc.
1	Richiede l' aiuto di 1 persona per la maggior parte dei bisogni di cura di base, ad es. lavarsi, vestirsi, bisogni corporali, ecc. Occasionalmente può richiedere l'aiuto di una 2a persona: per es. solo per un'azione specifica come fare il bagno
2	Richiede l' aiuto di 2 persone per la maggior parte dei propri bisogni di cura di base
3	Richiede l' aiuto di ≥ 3 persone per bisogni di cura di base
4	Richiede supervisione costante 1:1 ad es. per gestire la confusione e per mantenere la propria sicurezza
(R) Legato ai bisogni cognitivo-comportamentali	
0	Nessun rischio - Capace di mantenere la propria sicurezza personale e di uscire non accompagnato (<i>In grado di badare alla propria sicurezza in qualsiasi momento</i>)
1	Basso rischio - Precauzioni standard solo per monitorare la sicurezza all'interno di un ambiente strutturato, ma richiede accompagnamento al di fuori del reparto. (<i>Mantiene la propria sicurezza personale all'interno di un ambiente strutturato, richiedendo solamente verifiche routinarie, ma richiede accompagnamento quando si trova all'esterno del reparto</i>)
2	Rischio medio - Misure di sicurezza aggiuntive , può essere gestito sotto il controllo di una sezione di Salute Mentale. (<i>Misure di sicurezza aggiuntive anche all'interno di un ambiente strutturato, ad es. dispositivi di allarme, sistemi di controllo elettronico o monitoraggio superiore allo standard (ad es. 1 o 2 controlli l'ora) OPPURE gestito secondo le regole della Legge sulla salute mentale</i>)
3	Rischio elevato - Osservazioni frequenti , può essere gestito anche da un servizio di Diagnosi e Cura. (<i>Richiede osservazioni frequenti perfino all'interno di un ambiente strutturato, per es. controlli ogni mezz'ora o ogni ora, oppure supervisione 1:1 per parte/i del giorno/ notte</i>)
4	Rischio molto elevato - Richiede supervisione costante 1:1
(N) Bisogni infermieristici specializzati	
0	Nessuna necessità di cure infermieristiche qualificate - le necessità possono essere soddisfatte dai soli operatori sanitari (OSS)
1	Richiede l'intervento di personale infermieristico competente , competenze di base ed esperienza - (<i>es. somministrazione di farmaci, medicazioni di ferite/stomie, monitoraggio infermieristico, nutrizione enterale con sondino nasogastrico, infusione endovenosa ecc.</i>)
2	Richiede l'intervento di personale infermieristico esperto in riabilitazione - (<i>es. nella gestione di programmi di mantenimento della postura, della deambulazione/posizione eretta, nell'applicazione di splint, nel supporto psicologico</i>)
3	Richiede assistenza infermieristica altamente specializzata ad es. per bisogni assistenziali molto complessi - (<i>Quali: Gestione di tracheostomia - Gestione di alterazioni comportamentali (es. comportamenti provocatorio-aggressivi)/psicosi/ bisogni psicologici complessi - Bisogni posturali, cognitivi e di comunicazione complessi - Stati vegetativi o di coscienza minimi, Locked-in syndrome</i>)
4	Richiede assistenza infermieristica altamente specializzata , nursing infermieristico di alto livello e monitoraggio intensivo - (<i>es. pazienti clinicamente instabili, che richiedono interventi/monitoraggi frequenti (ogni ora o più spesso) da parte di personale infermieristico qualificato (solitamente anche con competenze specifiche nella somministrazione endovenosa di farmaci, ecc.)</i>)
(M) Bisogni di cure mediche	
0	Nessun intervento medico attivo - Gestibile dal medico di medicina generale con controlli occasionali
1	Indagini/monitoraggi/trattamenti di base - Richiede assistenza ospedaliera non acuta, erogabile anche in regime di ricovero in day hospital riabilitativo o in ospedale di comunità con assistenza medica diurna (<i>es. Richiede solo analisi del sangue e/o diagnostica per immagini di routine. Il monitoraggio medico può essere attuato 2-3 volte a settimana, con visite di reparto + consulenza telefonica se necessario</i>)
2	Interventi medico-specialistici/psichiatrici - per procedure di diagnosi o trattamento richiede ricovero ospedaliero per necessità di supervisione medica e assistenza infermieristica nelle 24 ore
3	Condizione medica/psichiatrica potenzialmente instabile - richiede copertura medica/psichiatrica continuativa (<i>Paziente potenzialmente instabile: può richiedere interventi a qualsiasi ora - per es. per crisi epilettiche incontrollate, immuno-compromissione, o per aggiustamenti farmacologici/valutazione del rischio di emergenza, ecc. I bisogni devono essere gestiti in un luogo dove sia presente copertura medico/psichiatrica di emergenza 24 ore su 24</i>)
4	Problema acuto medico/chirurgico (o crisi psichiatrica) richiedente intervento di emergenza - (<i>Richiede assistenza medica/chirurgica acuta es. per infezione, complicazione acuta, cure post-operatorie. Es. effettivo coinvolgimento dell'assistenza medica (o chirurgica o psichiatrica) 24 ore su 24, pianificato e non pianificato</i>)

(TB) Bisogni terapeutici - Discipline terapeutiche	
0	0 - Nessun coinvolgimento dei terapisti Spuntare le discipline di trattamento richieste:
1	Solo 1 disciplina
2	2-3 discipline
3	4-5 discipline
4	≥ 6 discipline

Fisioterapia
 Terapia occupazionale
 Logopedia
 Dietetica
 Assistenza sociale
 Altro

Psicologia
 Counseling
 Musicoterapia/Arte-terapia
 Ludoterapia/Scuola
 Terapia ricreativa
 Altro

Ortesica
 Protesica
 Bioingegnere
 Altro

(TI) Bisogni terapeutici - Intensità terapeutica	
0	Nessun intervento terapeutico - [O un totale di input terapeutico <1 ora la settimana - I bisogni riabilitativi sono soddisfatti dallo staff infermieristico/assistenziale o da un programma di esercizi praticati autonomamente]
1	Basso livello - meno di giornaliero (es. valutazione/revisione/mantenimento/supervisione) O solamente sedute di terapia di gruppo [es. Il paziente non riceve sessioni di terapia quotidiane (o ha < di 1 ora di terapia al giorno) Questo solitamente significa che: a) essi presentano principalmente bisogni di assistenza, infermieristica o trattamento medico, o b) partecipano a programmi a bassa intensità o di gruppo, o c) sono in una fase di riduzione del programma in preparazione alla dimissione]
2	Livello medio - frequenza giornaliera: sedute individuali con un solo terapeuta per la maggior parte delle sedute O programma di gruppo molto intenso di ≥ 3 ore/giorno. [es. Il paziente può essere trattato da diversi terapisti (si veda TD), ma sempre da un solo terapeuta alla volta. Questi pazienti normalmente sono sottoposti a quotidiane sessioni di terapia, per 5 giorni alla settimana, per un totale di 2-3 ore al giorno (alcune delle quali possono essere periodi di auto-esercizio svolto con supervisione a distanza, se vi è la capacità). In alternativa ricevono sedute di terapia di gruppo con un regime molto intenso (> 3 ore al giorno)]
3	Alto livello - Intervento quotidiano con terapeuta PIÙ assistente e/o sedute di gruppo aggiuntive [Il paziente richiede un secondo paio di mani per alcune sessioni di trattamento, per alcuni trattamenti (es. mobilizzazioni o trasferimenti), per cui viene trattato da un terapeuta con assistente (che può essere non qualificato). OPPURE richiede un programma intensivo ≥ 25 ore di terapia totale a settimana (es. 4-5 ore al giorno 5 giorni a settimana), alcune delle quali possono essere sedute con l'assistente del terapeuta, oppure, sedute di gruppo in aggiunta al programma di terapia giornaliero individuale]
4	Livello molto elevato - molto intensivo (es. 2 terapisti esperti o terapia 1:1 per un totale >30 ore/settimana) [Il paziente presenta bisogni terapeutici molto complessi che richiedono la presenza contemporanea di due terapisti qualificati (con o senza un 3° assistente) - es. per bisogni di mobilizzazione o trasferimenti complessi, gestione di comportamenti indesiderati, ecc. OPPURE richiede un programma molto intensivo (es > 30) ore di terapia totale a settimana]

(E) Necessità di ausili	
0	Nessun bisogno di ausili speciali
1	Richiede ausili speciali di base (Disponibile sul mercato)
2	Richiede ausili altamente specializzati [es. Tecnologia elettronica di supporto o ausili altamente personalizzati, realizzati o adattati specificamente per il singolo paziente]

Ausili Speciali di Base:
 Sedia a rotelle
 Cuscino antidecubito
 Materasso speciale
 Ausili per la postura eretta
 Ortesi
 Altro _____

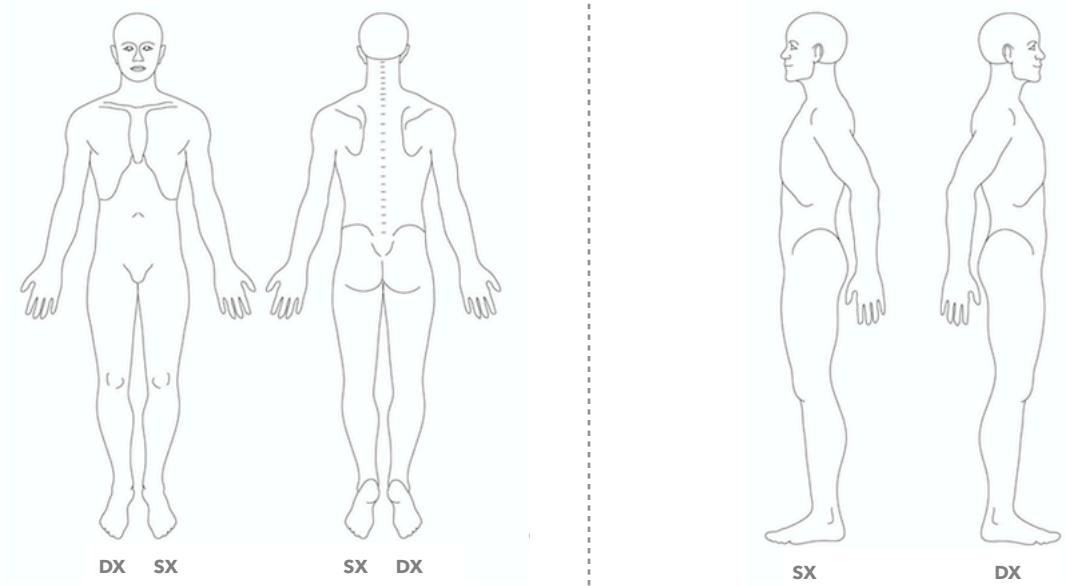
Ausili Altamente Specializzati:
 Controllo ambientale
 Ausilio per la comunicazione
 Sistema di seduta personalizzata
 Ausilio per mantenere posizione eretta
 Ortesi personalizzata
 Ventilazione assistita

Punteggio totale (0-22) Punteggio RCS totale = C o R (quello dei due che ha il valore più alto) + N + M + TD + TI + E
0 - paziente non complesso 22 - paziente ad alta complessità

Scala di Barthel	Da 15 autonomo a 0 dipendente					
	Nutrirsi			10	5	0
	Fare il bagno				5	0
	Cura di se				5	0
	Vestirsi/svestirsi			10	5	0
	Controllo sfinterico intestinale			10	5	0
	Controllo sfinterico vescicale			10	5	0
	Trasferimento nel bagno			10	5	0
	Trasferimento sedia/letto e ritorno	15		10	5	0
	Deambulazione su terreno piano (oppure carrozzina)	15		10	5	0
	Salire e scendere le scale			10	5	0
	Punteggio totale			_____ / 100		

Assessment della cute testa-piedi
 Cute integra
 Aree da medicare/LDP
 Disidratata
 Itterica
 Edema _____

Rischio di sviluppo Lesioni da Pressione (LDP): Scala Braden, valore _____



LDP (Epuap PUSH)

Sede lesione _____	stadio: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> non stadiabile	ultima medicazione: _____
Sede lesione _____	stadio: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> non stadiabile	ultima medicazione: _____
Sede lesione _____	stadio: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> non stadiabile	ultima medicazione: _____
Sede lesione _____	stadio: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> non stadiabile	ultima medicazione: _____

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