

U.O. Casa Residenza per Anziani non-autosufficienti

Area medica

OSPITE	Cognome e Nome	Scheda per uso locale e temporaneo Data prevista di ingresso	
	Data e luogo di nascita		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Città ed indirizzo di residenza		

Caregiver di riferimento (nome e cognome)	Relazione con pz.:
	Numero di telefono:

- a) Invio della richiesta: (A) riconsegnare la scheda al familiare dell'utente oppure (B) inviare tramite email a spr@villabella.info
Per accedere ai servizi di interpretariato, contattare il Servizio Programmazione Ricoveri (SPR)
- 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"/> Polifarmacoterapia <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) _____	<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"/> Pregressa sepsi <input type="checkbox"/> Pregressa polmonite	<input type="checkbox"/> Eupnoico <input type="checkbox"/> Dispnoico <input type="checkbox"/> Prescrizione O ₂ tp.	<input type="checkbox"/> Ipertensione <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Pregressa 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)

A. Medicazioni di tipo chirurgico <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	F. Deficit sensoriali (udito e vista) <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. Necessità di prestazioni mediche <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	G. Mobilità <input type="checkbox"/> (10) Cammina normalmente senza aiuti <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
C. Controllo sfinterico <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	H. Attività della Vita Quotidiana (ADL) <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
D. Disturbi comportamentali <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	I. Attività occupazionale <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��
E. Funzioni del linguaggio e della comunicazione <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	J. Rete familiare e sociale <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