

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

Area medica

<b>OSPITE</b>	Cognome e Nome	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: (A) riconsegnare la scheda al familiare dell'utente oppure (B) inviare tramite email a [spr@villabella.info](mailto: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"/> 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"/> Pregressa sepsi <input type="checkbox"/> Pregressa 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"/> 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

**Compilazione a cura del Medico richiedente**

 Seleziona  
 valore

**Scala RCS Extended V13**

<b>(C) Bisogno di cure di base e sostegno</b>	
0	<b>Ampliamente autosufficiente</b> - 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' <b>aiuto di 1 persona</b> 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' <b>aiuto di 2 persone</b> per la maggior parte dei propri bisogni di cura di base
3	Richiede l' <b>aiuto di ≥ 3 persone</b> per bisogni di cura di base
4	Richiede <b>supervisione costante 1:1</b> ad es. per gestire la confusione e per mantenere la propria sicurezza
<b>(R) Legato ai bisogni cognitivo-comportamentali</b>	
0	<b>Nessun rischio</b> - 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	<b>Basso rischio</b> - 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	<b>Rischio medio - Misure di sicurezza aggiuntive</b> , 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	<b>Rischio elevato - Osservazioni frequenti</b> , 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	<b>Rischio molto elevato</b> - Richiede <b>supervisione costante 1:1</b>
<b>(N) Bisogni infermieristici specializzati</b>	
0	Nessuna necessità di cure infermieristiche qualificate - le necessità possono essere soddisfatte dai soli operatori sanitari (OSS)
1	Richiede l'intervento di <b>personale infermieristico competente</b> , 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 <b>personale infermieristico esperto in riabilitazione</b> - ( <i>es. nella gestione di programmi di mantenimento della postura, della deambulazione/posizione eretta, nell'applicazione di splint, nel supporto psicologico</i> )
3	Richiede <b>assistenza infermieristica altamente specializzata</b> 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 <b>assistenza infermieristica altamente specializzata</b> , 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> )
<b>(M) Bisogni di cure mediche</b>	
0	<b>Nessun intervento medico attivo</b> - Gestibile dal medico di medicina generale con controlli occasionali
1	<b>Indagini/monitoraggi/trattamenti di base</b> - 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	<b>Interventi medico-specialistici/psichiatrici - per procedure di diagnosi o trattamento</b> richiede ricovero ospedaliero per necessità di supervisione medica e assistenza infermieristica nelle 24 ore
3	<b>Condizione medica/psichiatrica potenzialmente instabile</b> - 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	<b>Problema acuto medico/chirurgico (o crisi psichiatrica)</b> 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> )

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

■ Fisioterapia  
 ■ Terapia occupazionale  
 ■ Logopedia  
 ■ Dietetica  
 ■ Assistenza sociale  
 ■ Altro

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

■ Ortesica  
 ■ Protesica  
 ■ Bioingegnere  
 ■ Altro

<b>(TI) Bisogni terapeutici - Intensità terapeutica</b>	
0	<b>Nessun intervento terapeutico</b> - [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 - <b>meno di giornaliero</b> (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 - <b>frequenza giornaliera: sedute individuali con un solo terapeuta per la maggior parte delle sedute</b> 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	<b>Alto livello - Intervento quotidiano con terapeuta PIÙ assistente e/o sedute di gruppo aggiuntive</b> [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	<b>Livello molto elevato - molto intensivo</b> (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]

<b>(E) Necessità di ausili</b>	
0	<b>Nessun bisogno di ausili speciali</b>
1	Richiede ausili speciali di base (Disponibile sul mercato)
2	<b>Richiede ausili altamente specializzati</b> [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 \_\_\_\_\_

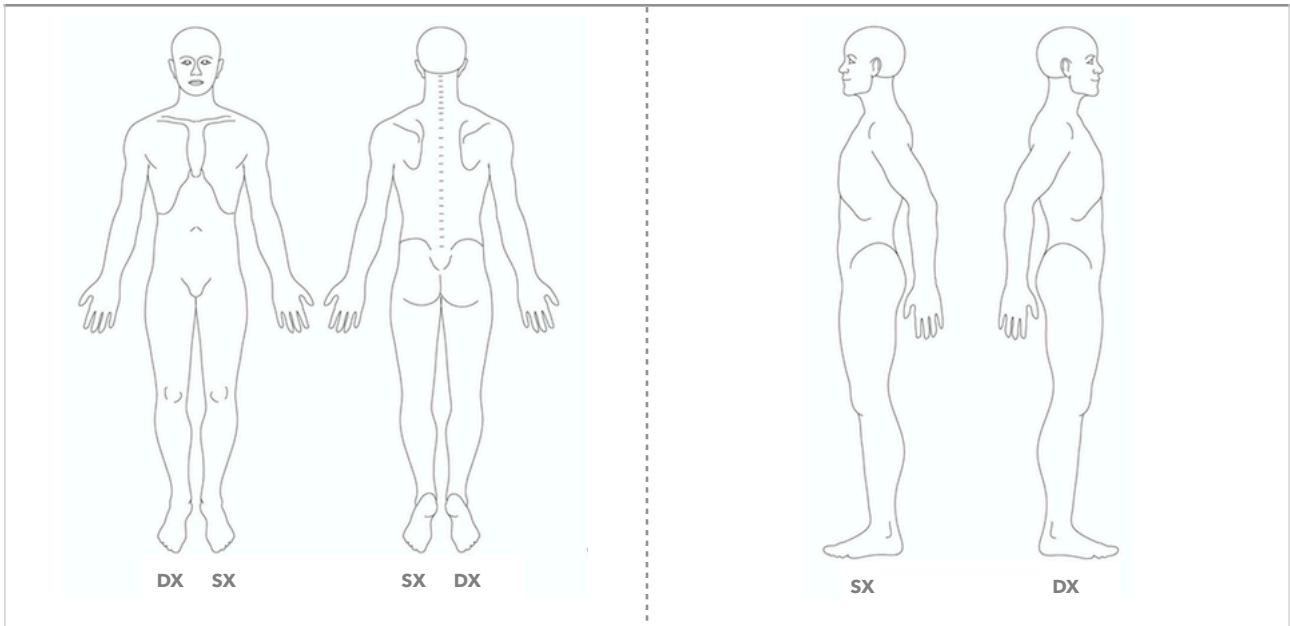
Ausili Altamente Specializzati:  
 ■ Controllo ambientale  
 ■ Ausilio per la comunicazione  
 ■ Sistema di seduta personalizzata  
 ■ Ausilio per mantenere posizione eretta  
 ■ Ortesi personalizzata  
 ■ Ventilazione assistita

<b>Punteggio totale (0-22)</b>   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
	<b>Punteggio totale</b>			_____ / 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:  1°  2°  3°  4°  non stadiabile | ultima medicazione: \_\_\_\_\_

Sede lesione \_\_\_\_\_ | stadio:  1°  2°  3°  4°  non stadiabile | ultima medicazione: \_\_\_\_\_

Sede lesione \_\_\_\_\_ | stadio:  1°  2°  3°  4°  non stadiabile | ultima medicazione: \_\_\_\_\_

Sede lesione \_\_\_\_\_ | stadio:  1°  2°  3°  4°  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