Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia
Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA
Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189
sito internet: www.asst-pavia.it

Ospedale S.S. Annunziata - Varzi
U.O.C di Medicina Interna – Attività di Cure Sub-Acute
Direttore dott. Vittorio Perfetti
Tel. 0383-547330 fax 0383 547314

SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICA ASSISTENZIALE PER RICOVERO PRESSO LE CURE SUB-ACUTE

DATA _____

Cognome e Nome ……

Data di Nascita ……..... Sesso M ❒ F ❒

Residenza ……

Codice Fiscale

Numero telefonico di riferimento:_____

PROVENIENZA

☐ Domicilio: ……☐ Istituzione: ……

☐ Ospedale: ……..……U.O: ……..…..……PS:……..

MEDICO INVIANTE

dott. …… codice medico……..

Telefono ……..e-mail……

Fax……

MOTIVO DEL RICOVERO IN CURE SUB-ACUTE: ……

PREVISIONE DURATA RICOVERO PRESSO CURE SUB-ACUTE[1]: ……

DIAGNOSI SECONDARIE E COMORBILITÀ: ……..

……..

TERAPIA IN ATTO (allegare terapia):…….....

……..

CURE SUBACUTE: indicazioni cui attenersi secondo la normativa di riferimento[2]

CRITERI DI ESCLUSIONE PER IL RICOVERO

- Paziente con patologia oncologica molto avanzata o in fase terminale
- Paziente Psichiatrico in fase di instabilità clinica
- Paziente con Demenza o con Deficit cognitivo grave o wandering
- Paziente instabile clinicamente:
  - ✓ necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio;
  - ✓ crisi ipo-ipertensive;
  - ✓ aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica;
  - ✓ indicazione prioritaria ad interventi chirurgici;
  - ✓ insufficienza acuta d'organo (es: diabete scompensato o IRA) o multiorgano;
  - ✓ stato settico.

CRITERI DI STABILITÀ CLINICA DA SODDISFARE

- ☐ Respiro autonomo da > 48 H (anche se con ossigenoterapia) con SaO2 >95%, PO2 > 60 mmHg, CO2 non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente (non in fase di riacutizzazione), sono accettabili valori di SaO2 > 90%.
- ☐ Previsione di superamento del bisogno di alimentazione parenterale entro breve termine (7-10 gg.) o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (comprendendo per OS, SNG o PEG).

SEGNALARE PER LA VALUTAZIONE DI AMMISSIONE PRESSO CURE SUBACUTE

Condizioni Cliniche e/o presenza di Device			Specificare
▪ Frazione di eiezione cardiaca < 40%	❒no	❒sì	_____
▪ Necessità di Emotrasfusioni	❒no	❒sì	_____
▪ Necessità di Emodialisi o Dialisi peritoneale	❒no	❒sì	_____
▪ Esami colturali positivi in atto	❒no	❒sì	_____
▪ Presenza di catetere venoso centrale	❒no	❒sì	_____
▪ In corso e/o necessita riabilitazione motoria	❒no	❒sì	_____
▪ In corso e/o necessita attivazione dimissione protetta	❒no	❒sì	_____
▪ _____	❒no	❒sì	_____

[1] **Degenza attesa:** non inferiore a gg. 7-10 e non oltre 30-40.

[2] **Riferimenti normativi:** Regione Lombardia- DGR n. IX /1479 del 30-03-3011 e succ. n. X/1185 del 20/12/2013

VALUTAZIONE INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE (IIA)

La scheda prevede una compilazione **congiunta** da parte del personale medico ed infermieristico.
Gli indici 2 e 3 indicano l'accesso appropriato alle cure Sub – Acute.

Selezionare per ciascun bisogno il valore corrispondente (anche scelta multipla)

	BISOGNI ASSISTENZIALI: valutazione del paziente	MAP/U.O. INVIANTE	U.O. ACCETTANTE
1	**Funzione Cardiocircolatoria**		
	– Senza aiuto/sorveglianza	1	1
	– Parametri < 3 rilevazione die	2	2
	– Parametri > 3 rilevazione die	3	3
	– Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	2
	– Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	3
	– Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	4
	– Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	3
	– Quantità urine	2	2
2	**Funzione Respiratoria**		
	– Senza aiuto/sorveglianza	1	1
	– Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2	2
	– Dispnea da sforzo grave	3	3
	– Dispnea a riposo	4	4
	– Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4	4
	– Tosse acuta/cronica	3	3
	– Parametri < 3 rilevazione die	2	2
	– Parametri > 3 rilevazione die	3	3
	– Ossigenoterapia	3	3
	– Necessità di ventiloterapia notturna	3	3
	– Presenza di tracheostomia	4	4
	– Terapia con nebulizzazioni	3	3
3	**Medicazioni**		
	–Assenza di medicazioni	1	1
	–Lesione da pressione o ulcera (stadio 1-2)	2	2
	–Lesione da pressione o ulcera (stadio 3)	3	3
	–Lesione da pressione o ulcera (stadio 4 o sedi multiple)	4	4
	–Ferita chirurgica non complicata	2	2
	–Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	3
	–Moncone di amputazione da medicare	3	3
	–Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	3
	–Stomia recente da medicare	3	3
	–Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4	4
4	**Alimentazione - Idratazione**		
	–Senza aiuto/sorveglianza	1	1
	–Prescrizione dietetica	2	2
	–Necessità di aiuto per azioni complesse	2	2
	–Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3	3
	–Presenza di disfagia lieve	3	3
	–Presenza di disfagia moderata-severa	4	4
	–Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3	3
5	**Eliminazione**		
	–Senza aiuto/sorveglianza	1	1
	–Monitoraggio alvo	2	2
	–Necessità di clisma	3	3
	–Necessità di essere accompagnato al WC	3	3
	–Gestione della stomia	3	3
	–Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2	2
	–Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)	3	3
	–Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3	3
6	**Igiene - Abbigliamento**		
	–Senza aiuto/sorveglianza	1	1
	–Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2	2
	–Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3	3
	–Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4	4

7	**Movimento**		
	–Senza aiuto/sorveglianza	1	1
	–Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2	2
	–Necessità aiuto costante per la deambulazione	3	3
	–Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3	3
	–Necessità di utilizzare sollevatore	4	4
	–Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4	4
8	**Riposo - Sonno**		
	–Senza aiuto/sorveglianza	1	1
	–Sonno indotto con farmaci	2	2
	–Disturbi del sonno	3	3
	–Agitazione notturna costante	4	4
9	**Sensorio e Comunicazione**		
	–Senza aiuto/sorveglianza	1	1
	–Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2	2
	–Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3	3
	–Deficit cognitivo lieve	2	2
	–Deficit cognitivo moderato	3	3
	–Deficit cognitivo grave	4	4
	–Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4	4
10	**Ambiente Sicuro/Situazione Sociale**		
	–Senza aiuto/sorveglianza	1	1
	–Apparecchi medicali dal domicilio	2	2
	–Rischio caduta medio-alto	4	4
	–Uso di mezzi di protezione	4	4
	–Attivazione assistente sociale	3	3
	–Educazione sanitaria del caregiver	2	2
	–Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3	3
11	**Terapie**		
	–Assenza di terapia	1	1
	–Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2	2
	–Terapia più di 2 volte die	3	3
	–Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1v/die	2	2
	–Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3	3
	–Antibiotico in infusione continua	3	3
	–Terapia infusionale continua con inotropi, vasodilatatori	4	4
	–Nutrizione parenterale totale	3	3
12	**Altri Bisogni Clinici**		
	–Assenza di altri bisogni clinici	1	1
	–Monitoraggio settimanale ematochimici	2	2
	–Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3	3
	–Necessità di consulenze specialistiche	3	3
	–Necessità di follow-up strumentale	3	3
	–Necessità di fisioterapia di gruppo	2	2
	–Necessità di fisioterapia individuale	3	3
	–Comorbilità lieve (CIRS-C <3)	2	2
	–Comorbilità severa (CIRS-C ≥3)	3	3
	–Necessità di educazione sanitaria del paziente	2	2

Data compilazione domanda	**Firma**
___ / ___ / ___	**MAP** (Medico Assistenza Primaria) _____
___ / ___ / ___	**MEDICO U.O.** _____ **INFERMIERE** _____

ESITO RICHIESTA DI AMMISSIONE DOPO VALUTAZIONE DOCUMENTAZIONE

❒ **idoneo**

❒ **non idoneo (indicare motivazione)** _____

❒ **richiesta ulteriore documentazione** _____

❒ **data presunta di ricovero** _ _/_ _ /_ _ _ _ ❒ **data di ricovero**_ _/_ _ /_ _ _ _

Data _ _/_ _ /_ _ _ _ **Firma medico Cure Sub Acute** _____

A CURA DELL'U.O. ACCETTANTE:

Dopo aver assegnato il valore ad ogni BISOGNO ASSISTENZIALE riportare nella scheda sottostante, segnando con una X, il valore assegnato con maggiore frequenza.

	INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE	1	2	3	4
1	FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA				
2	FUNZIONE RESPIRATORIA				
3	MEDICAZIONI				
4	ALIMENTAZIONE - IDRATAZIONE				
5	ELIMINAZIONE				
6	IGIENE - ABBIGLIAMENTO				
7	MOVIMENTO				
8	RIPOSO SONNO				
9	SENSORIO E COMUNICAZIONE				
10	AMBIENTE SICURO - SITUAZIONE SOCIALE				
11	TERAPIE				
12	ALTRI BISOGNI CLINICI				
	INDICE DI INTENSITÀ ATTRIBUITO				
IIA	INDICE INTENSITA' ASSISTENZIALE (corrisponde al punteggio assegnato con **maggiore frequenza**; in caso di parità tra i punteggi attribuiti, assegnare quello più alto)				

Gli indici 2 e 3 indicano l'accesso appropriato alle cure Sub – Acute.

- **Indice 1** Autonomia nel soddisfacimento del bisogno: **Intensità assistenziale bassa**
- **Indice 2** Dipendenza minima della persona: **Intensità assistenziale medio bassa**
- **Indice 3** Dipendenza elevata della persona: **Intensità assistenziale medio alta**
- **Indice 4** Forte grado di dipendenza o dipendenza totale: **Intensità assistenziale alta**

Data presa in carico	**Firma**
___ / ___ / ___	**MEDICO** _____ **INFERMIERE**_____

N.B.: La presente scheda deve essere conservata nella Cartella Clinica