Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Pavia

Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Pavia
V.le Indipendenza, 3 – 27100 Pavia

SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICA PER L'ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI

DA INVIARE A: CENTRALE OPERATIVA VOUCHER SOCIO – SANITARIO – **TEL 0382 1958060; e-mail ufficio_voucher@asst-pavia.it**

STRUTTURA OSPEDALIERA _____ U.O. _____

RESPONSABILE _____

MEDICO di reparto
Dott. _____

Codice medico _____

TELEFONO _____ FAX _____ E-MAIL _____

PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Comune di residenza _____ via _____ n° ____ Tel. _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____ via _____ n° ____ Tel. _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

Invalido ____ % con accompagnamento ☐ sì ☐ no

Familiare o persona di riferimento _____ Tel. _____

Data ricovero _____ Data presunta dimissione _____

COMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (C.I.R.S)	1	2	3	4	5
1) Patologia cardiaca (solo cuore) Diagnosi:					
2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) Diagnosi:					
3) Patologie Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)					

Diagnosi:					
4) Patologie Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) Diagnosi:					
5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) Diagnosi:					
6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) Diagnosi:					
7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie) Diagnosi:					
8) Patologie Epatiche (solo fegato) Diagnosi:					
9) Patologie Renali (solo rene) Diagnosi:					
10) Altre patologie Genito – Urinarie (ureteri,vescica, uretera, prostata, genitali) Diagnosi:					
11) Sistema Muscolo-Scheletrico Cute (muscolo, scheletro, tegumenti) Diagnosi:					

	1	2	3	4	5
12) Sistema nervoso centrale e Periferico (non include la demenza) Diagnosi:					
13) Endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici) Diagnosi:					
14) Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) Diagnosi:					

LEGENDA:
Barrare con la x la casella corrispondente alla gravità
(1) ASSENTE Nessuna compromissione d' organo / sistema
(2) LIEVE La compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento è richiesto oppure no,
la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
(3) MODERATO La compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è richiesto, la prognosi è buona (colelitiasi, diabete,
fratture)
(4) GRAVE La compromissione d' organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi è severa
(es. Carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
(5) MOLTO GRAVE La compromissione d' organo /sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave
(es. infarto miocardico, stroke, embolia)

ALTRE CONDIZIONI DI RILEVANZA CLINICA

☐ LESIONE DA DECUBITO

☐ CATETERE URINARIO a permanenza

☐ STOMIE ☐ Ureterostomia ☐ Colostomia ☐ Tracheostomia ☐ Altro (spec.) _____

☐ INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ☐ Ossigeno terapia al bisogno ☐ Ossigeno terapia continua ☐ Ventilatore

☐ ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE ☐ SNG (sond. Nasogastrico) ☐ PEG (sond. Percutaneo endogastrica)

☐ NPT (nutriz. Parent. Totale)

☐ DIABETE insulino - dipendente

☐ INSUFFICIENZA RENALE ☐ EMODIALISI ☐ DIALISI peritoneale

☐ ALTRO (specificare) _____

EVENTUALI NECESSITA' DI PROTESI, AUSILI E PRESIDI

☐ Catetere vescicale (da sostituire il ☐ / ☐ / ☐) ☐ Sollevatore

☐ Pannolone ☐ Comoda

☐ Carrozzina ☐ Deambulatore

☐ Letto ortopedico ☐ Stampelle

☐ Materiale antidecubito ☐ Altro (spec.) _____

INDICARE EVENTUALI MALATTIE TRASMISSIBILI:

TERAPIE IN ATTO ED ESIGENZE TERAPEUTICHE DI PARTICOLARE IMPEGNO:

PAZIENTE DIMISSIBILE IN ASSISTENZA DOMICILIARE VOUCHER

DIAGNOSI alla dimissione ed INTERVENTI (infermieristici, riabilitativi, ecc.) consigliati: _____

_____

PAZIENTE CON DIMISSIONE CRITICA PER RISCHIO SOCIALE ☐ NO ☐ SI (dettagliare) _____

_____

CAPO SALA _____

IL MEDICO RESPONSABILE DI REPARTO

Timbro e firma

Data: _____ / _____ / _____