

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE

DATA _____

Cognome e Nome

Data di Nascita Sesso M F

Residenza

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La scheda prevede una compilazione **congiunta** da parte del personale medico ed infermieristico.

Gli indici 2 e 3 indicano l'accesso appropriato all'OdC.

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

BISOGNI ASSISTENZIALI: valutazione del paziente		MAP/U.O. INVIANTE
1	Funzione Cardiocircolatoria	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Parametri < 3 rilevazione die	2
	- Parametri > 3 rilevazione die	3
	- Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2
	- Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3
	- Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4
	- Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3
	- Quantità urine	2
2	Funzione Respiratoria	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2
	- Dispnea da sforzo grave	3
	- Dispnea a riposo	4
	- Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4
	- Tosse acuta/cronica	3
	- Parametri < 3 rilevazione die	2
	- Parametri > 3 rilevazione die	3
	- Ossigenoterapia	3
	- Necessità di ventiloterapia notturna	3
	- Presenza di tracheostomia	4
	- Terapia con nebulizzazioni	3
3	Medicazioni	
	- Assenza di medicazioni	1
	- Lesione da pressione o ulcera (stadio 1-2)	2
	- Lesione da pressione o ulcera (stadio 3)	3
	- Lesione da pressione o ulcera (stadio 4 o sedi multiple)	4
	- Ferita chirurgica non complicata	2
	- Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3
	- Moncone di amputazione da medicare	3
	- Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3
	- Stomia recente da medicare	3
	- Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4



4	Alimentazione - Idratazione	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Prescrizione dietetica	2
	- Necessità di aiuto per azioni complesse	2
	- Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
	- Presenza di disfagia lieve	3
	- Presenza di disfagia moderata-severa	4
	- Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
5	Eliminazione	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Monitoraggio alvo	2
	- Necessità di clisma	3
	- Necessità di essere accompagnato al WC	3
	- Gestione della stomia	3
	- Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2
	- Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)	3
	- Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3
6	Igiene - Abbigliamento	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
	- Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
	- Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
7	Movimento	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2
	- Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
	- Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
	- Necessità di utilizzare sollevatore	4
	- Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
8	Riposo - Sonno	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Sonno indotto con farmaci	2
	- Disturbi del sonno	3
	- Agitazione notturna costante	4
9	Sensorio e Comunicazione	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
	- Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
	- Deficit cognitivo lieve	2
	- Deficit cognitivo moderato	3
	- Deficit cognitivo grave	4
	- Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
10	Ambiente Sicuro/Situazione Sociale	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Apparecchi medicali dal domicilio	2
	- Rischio caduta medio-alto	4
	- Uso di mezzi di protezione	4
	- Attivazione assistente sociale	3
	- Educazione sanitaria del caregiver	2
	- Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3
11	Terapie	
	- Assenza di terapia	1
	- Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2
	- Terapia più di 2 volte die	3
	- Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1v/die	2
	- Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3
	- Antibiotico in infusione continua	3
	- Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4
	- Nutrizione parenterale totale	3



12	Altri Bisogni Clinici	
	- Assenza di altri bisogni clinici	1
	- Monitoraggio settimanale ematochimici	2
	- Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
	- Necessità di consulenze specialistiche	3
	- Necessità di follow-up strumentale	3
	- Necessità di fisioterapia di gruppo	2
	- Necessità di fisioterapia individuale	3
	- Comorbilità lieve (CIRS-C <3)	2
	- Comorbilità severa (CIRS-C >3)	3
	- Necessità di educazione sanitaria del paziente	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 ____/____/____

Firma Infermiere Case Manager/IFeC _____

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)..				

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ASST Pavia</p>	<p>SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE</p> <p>MOD02.TER727.SFS01.86005/PRO01</p>	<p>Ed 1 Rev 0 2023</p>
---	---	--------------------------------

Gli indici 2 e 3 indicano l'accesso appropriato all'OdC.

- **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
<p>____/____/____</p>	<p>MEDICO _____</p> <p>INFERMIERE _____</p>

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