

SCHEMA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Cognome e Nome

Data di nascita/...../..... luogo di nascita

QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI

| INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS) | DIAGNOSI | ASSENTE | LIEVE | MODERATO | GRAVE | MOLTO GRAVE |
|---|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ipertensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fegato (solo fegato) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rene (solo rene) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stato mentale e comportamentale (include demenza , depressione, ansia, agitazione, psicosi) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SCHEMA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

ALLERGIE NON NOTE NO SI, DI CHE TIPO:

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI

| | |
|---|---|
| Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle) | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto |
| Utilizzo ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle) | <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro..... |
| Autonomia igiene e cura personale | <input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale |
| Autonomia nell'uso dei servizi igienici | <input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale |
| Incontinenza urinaria | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Catetere vescicale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultimo posizionamento: / / 20..... |
| Presidi assorbenti | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Nefro /urostomia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Incontinenza fecale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:..... |
| Ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua |
| Tracheostomia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula) |
| Ventilazione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva |
| Catetere venoso centrale (CVC) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: |
| Lesioni da pressione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV |
| Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: |
| Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Numero cadute nell'anno: |

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DEFICIT SENSORIALI

| | | | |
|-----------|---|----------------------|---|
| Ipovisus | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Cecità assoluta | <input type="checkbox"/> SI |
| Ipoacusia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Corretta con protesi | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| | | Sordità assoluta | <input type="checkbox"/> SI |

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

| | | | |
|--|--|---|---|
| Stato di coscienza alterato | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> soporoso | <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15) |
| Deficit di memoria | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Disorientamento | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale |
| Disturbi del linguaggio e della comunicazione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | di che tipo: | |
| Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____ | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Deflessione del tono dell'umore | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Deliri | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Allucinazioni | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Aggressività | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale | |
| Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia | |
| Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | di che tipo: | |
| Etilismo/potus | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso | |
| Abuso/dipendenza da sostanze: | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso | |
| | | Di che tipo: | |
| Dipendenza gioco | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si | di che tipo: | |
| Tentato suicidio | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | indicare la data: / / | |
| In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | | |
| Eventuali note e osservazioni: | | | |

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

| | | | |
|------------------------------|--|-------------------------------|---|
| Autonomia nell'alimentazione | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza | | |
| | <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) | | |
| | <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento | | |
| Edentulia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | Protesi: | <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore |
| | | Scheletrato: | <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore |
| Rifiuto del cibo | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | | |
| Disfagia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Cibi frullati o omogeneizzati | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| | | Addensanti | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

| | | |
|-------------------------|--|--|
| Dieta specifica | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: | |
| Alimentazione enterale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG | Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale |
| Peso corporeo: kg | Altezza: cm | |

| | |
|--------------|---|
| Intolleranze | <input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: |
|--------------|---|

TERAPIA

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

| Farmaco/Principio attivo | Posologia |
|--------------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ALTRI TRATTAMENTI:

| | | |
|--|---|------------|
| Emotrasfusione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Tipo _____ |
| Dialisi | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale | |
| Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) | | |

EVENTUALE APPROFONDIMENTO:

.....

.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): / / 20....

| | |
|--|-----------------------------------|
| Nome e Cognome medico curante: Recapito tel.diretto..... fax e-mail diretta:@..... | Timbro e firma del medico curante |
|--|-----------------------------------|

Data di compilazione: / / 20.....