



RICHIESTA DI INSERIMENTO NEL SISTEMA RESIDENZIALE

COGNOME _____

NOME _____

NATA A _____ IL _____

COMUNE DI RESIDENZA _____

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Richiesta di inserimento presentata da | <input type="checkbox"/> | Assistito |
| | | <input type="checkbox"/> | Familiare |
| | | <input type="checkbox"/> | Altro |

ALLEGARE

Certificato medico

Scheda Assistenziale

Scheda sociale

Il/La Sottoscritto/a _____ nata/o a _____
 il _____ C.F.: _____ Residente a _____
 Via _____ n° _____ Tel: _____ Cell: _____
 E-mail: _____

CHIEDE

- Per se medesima
- In qualità _____ per conto della Sig.ra _____
- Nata a _____ il _____ C.F.: _____
- Residente a _____ in via _____ n. _____ Tel: _____
- Medico di Medicina Generale Dott. : _____

INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE

DISTRETTO DI FANO <input type="checkbox"/> RSA aziendale Mondavio	<input type="checkbox"/> RP convenzionate <input type="checkbox"/> La Casa del Riposo San Lorenzo in Campo <input type="checkbox"/>
DISTRETTO DI PESARO <input type="checkbox"/> RSA aziendale Galantara <input type="checkbox"/> RSA aziendale Briciotti <input type="checkbox"/> Centro Diurno Giardino dei Ricordi	<input type="checkbox"/> RP convenzionate <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DISTRETTO DI URBINO <input type="checkbox"/> RSA aziendale Macerata Feltria <input type="checkbox"/> Residenza Protetta Macerata Feltria <input type="checkbox"/> RSA aziendale Sant'Angelo in Vado <input type="checkbox"/> Residenza Protetta Sant'Angelo in Vado <input type="checkbox"/> RSA aziendale Urbania	<input type="checkbox"/> RP convenzionate <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RSA In Convenzione <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> RSA	

IMPEGNANDOSI, nel caso di inserimento in residenza sanitaria assistenziale (RSA),

- 1) A corrispondere la quota prevista dalla struttura dopo il 60° giorno di degenza per il primo ricovero.
- 2) A Corrispondere la quota prevista dalla struttura dal 1° giorno di degenza per il ricovero sollievo e per i ricoveri successivi al primo su valutazione della UVI .
- 3) Accettare eventuali trasferimenti in altra tipologia di struttura/livello assistenziale allorché l'UVI della Area Vasta 1 ritenga che le condizioni che ne determinavano il ricovero, siano modificate.
- 4) A corrispondere la quota prevista dalla struttura dal primo giorno di degenza in R.P.

_____ Li _____

L'Assistito o suo Familiare/Altro in fede

.....

Al responsabile dell'Unità Valutativa Integrata di:

FANO

PESARO

URBINO

Il Sottoscritto Dott. _____

M.M.G. Medico Ospedaliero Medico di struttura convenzionata

della Sig.ra _____ nata a _____ il _____

Portatrice della seguente patologia:

.....

Problemi clinici:

.....

Terapia farmacologica in atto (denominazione farmaco e posologia):

.....

.....

.....

Disturbi comportamentali: SI NO

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità che si tratta di paziente CRONICO/
STABILIZZATO e che necessita di inserimento in struttura residenziale per:

- Continuità di cura
- Riabilitazione: intensiva - estensiva (allegare consulenza fisiatrice)
- Addestramento alle ADL
- Organizzazione della gestione familiare
- Servizio sollievo
- Altro
- Lungo assistenza/mantenimento (DGR 1011 – 2.2.1 Lettera B)

_____, li

Timbro e Firma

.....

Cognome: _____ Nome: _____

COMPILAZIONE A CURA DELL' INFERMIERE O DEL MEDICO DI RIFERIMENTO

<p>CAPACITA' DI MOVIMENTO (punteggio massimo 40)</p> <p>Si sposta dentro e fuori dal letto e in pltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi e deambulatore) <input type="checkbox"/> 0 (ADLD-1)</p> <p>Compie questi trasferimento se aiutato (ADL D-0) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Allettata non si alza dal letto di (ADL D-0 (necessita di mobilizzazione)) <input type="checkbox"/> 40</p>	<p>IGIENE PERSONALE (punteggio massimo 40)</p> <p>Autonomo nella cura di sé e nell'igiene personale (ADL A-1;B-1;C-1) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Difficolta per raggiungere i servizi igienici, per effettuare autonomamente l'igiene personale e per cambiare l'abbigliamento (ADL A-1;B-1;C-0) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Dipendenza completa nella cura di sé, nell'igiene personale , abbigliamento quotidiano (ADL A-0;B-0;C-0) <input type="checkbox"/> 40</p>
<p>INTEGRITA' CUTANEA (punteggio massimo 60)</p> <p>Cute integra <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Rischio di compromissione dell'integrità cutanea Braden punteggio (score < 13) <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Lesione da pressione 1°/2° stadio Ferita chirurgica, ferita vascolare <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Compromissione dell'integrità cutanea: Lesione da pressione 3°/4° stadio Deiscenza della ferita chirurgica <input type="checkbox"/> 40</p>	<p>ALIMENTAZIONE (punteggio massimo 80)</p> <p>Si alimenta da solo senza assistenza (ADL F-1) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Difficoltà lieve nella deglutizione/aiuto e supervisione <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Difficoltà grave nella deglutizione (disfagia) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Deve essere imboccato (ADL F-1) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Enterale totale <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Parenterale totale (NPT) <input type="checkbox"/> 80</p>
<p>STATO COGNITIVO/COMUNICAZIONE (punteggio max 100)</p> <p>Comprende e risponde correttamente (S.P.M.S.Q. punteggio.....(range 0 - 2) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Comprende ma non può comunicare correttamente <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Non comprende e non risponde correttamente (S.P.M.S.Q.(range 3-10) <input type="checkbox"/> 40</p> <p>B.P.S.B. (Behaviaoural Psychological Symptoms Dementia) <input type="checkbox"/> 60</p> <p><input type="checkbox"/> Sintomi affettivi, depressione, ansia, irritabilità</p> <p><input type="checkbox"/> Sintomi psicotici, deliri, allucinazioni</p> <p><input type="checkbox"/> Disturbi della condotta, sonno, alimentazione, sessualità</p>	<p>ELIMINAZIONE URINARIA (punteggio massimo 40)</p> <p>Controllo completo (ADL E-1) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Portatore di catetere <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Incontinenza Urinaria occasionale (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Stomia Urinaria <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Incontinenza completa (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 40</p> <p>Cateterismo estemporaneo</p>
<p>STATO DI COSCIENZA (punteggio massimo 40)</p> <p>Cosciente <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Stato Vegetativo <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Stato di minima coscienza <input type="checkbox"/> 40</p>	<p>ELIMINAZIONE INTESTINALE (punteggio massimo 40)</p> <p>Controlla autonomamente l'eliminazione fecale (ADL E-1) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Evacuazione indotta farmacologicamente <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Stomia Intestinale <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Incontinenza completa <input type="checkbox"/> 40</p>
<p>FUNZIONE SENSORIALE (punteggio massimo 40)</p> <p>Normale (non valutare stato di coma o vegetativo) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Deficit Uditivo Grave Permanente (non correggibile) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Deficit Visivo Grave Permanente (non correggibile) <input type="checkbox"/> 40</p>	<p>RITMO SONNO-VEGLIA (punteggio massimo 40)</p> <p>Dorme tutta la notte <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Insomnia (supporto emotivo) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Alterazione del ritmo sonno veglia/stato confusionale notturno (farmaco-resistenza) <input type="checkbox"/> 40</p>
<p>FUNZIONI RESPIRATORIE(punteggio massimo 200)</p> <p>Autonoma <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Necessita di Aspirazione <input type="checkbox"/> 40</p> <p>Tracheostomia <input type="checkbox"/> 60</p> <p>Ventilazione Assistita <input type="checkbox"/> 100</p>	<p>PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE (punteggio max 120)</p> <p>Nessuna problematica <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Ossigeno terapia <input type="checkbox"/> 40</p> <p>Terapia del Dolore scala *NRS ≥ 1 <input type="checkbox"/> 40</p> <p>Dialisi Peritoneale <input type="checkbox"/> 40</p>

*Devono essere descritti nella presente scheda i punteggi ottenuti dalla compilazione della scala di Braden, S.P.M.S.Q., NRS

Cognome e Nome del Compilatore.....

Firma

.....

Cognome: _____

Nome: _____

PROBLEMA ASSISTENZIALE	MASSIMO PUNTEGGIO RILEVABILE	PUNTEGGIO RILEVATO
CAPACITA' DI MOVIMENTO	40	
INTEGRITA' CUTANEA	60	
STTAO COGNITIVO/COMUNICAZIONE	100	
STATO DI COSCIENZA	40	
FUNZIONI SENSORIALI	40	
FUNZIONI RESPIRATORIE	200	
IGIENE PERSONALE	40	
ALIMENTAZIONE	80	
ELIMINAZIONE URINARIA	40	
ELIMINAZIONE INTESTINALE	40	
RITMO SONNO VEGLIA	40	
PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE	120	
	TOTALE	

146/300	Residenza protetta
301/450	R S A
>450	RSA intensiva
<146	Altro

Il Direttore del Distretto

.....

INDICE DI BRADEN

INDICATORI	VARIABILI			
	4	3	2	1
PERCEZIONE SENSORIALE Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione.	Non Limitata Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriali che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.	Leggermente Limitata Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione Oppure Ha impedimento al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	Molto Limitata Risponde solo a stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi Oppure Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore almeno per la metà del corpo.	Completamente Limitata Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza ed alla sedazione. Oppure Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.
UMIDITA' Gradi di esposizione della pelle all'umidità	Raramente Bagnato La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli regolari.	Occasionalmente Bagnato La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno	Spesso Bagnato Pelle sovente ma non sempre umida, le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno.	Costantemente bagnato La pelle è mantenuta umida dalla respirazione, dall'urina ecc. Ogni volta che il paziente si muove o lo si gira lo si trova bagnato.
ATTIVITA' Grado di attività fisica	Cammina Frequentemente Cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo)	Cammina Occasionalmente Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia	In Poltrona Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle	Completamente allettato Costretto a letto.
MOBILITA' Capacità di camminare e di controllare la posizione del corpo	Limitazioni Assenti Si sposta frequentemente e senza assistenza	Parzialmente Limitata Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	Molto Limitata Cambia occasionalmente la posizione del corpo delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto	Completamente Immobile Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza
NUTRIZIONE Assunzione usuale di cibo	Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Di solito assume un totale di 4 o più porzioni di carne e latticini. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori	Adeguata Mangia più della metà della maggior parte dei pasti. Mangia un totale di 4 porzioni di proteine (carne latticini) al giorno. Occasionalmente può rifiutare un pasto, ma di solito assume integratori. Oppure - Si alimenta artificialmente con NPT o nutrizione enterale, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	Probabilmente Inadeguata Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente assume integratori alimentari. Oppure Riceve meno della quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con sng)	Molto Povera Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Assume: al massimo 2 porzioni di proteine al giorno, pochi liquidi e nessun integratore dietetico liquido - Oppure E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o assume bevande per più di 5 giorni
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO		Senza Problemi Apparenti Si sposta sul letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti. Mantiene sempre una corretta posizione a letto e sulla sedia.	Problema Potenziale Si muove poco, necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona o con i dispositivi di contenzione. Mantiene di solito una posizione abbastanza corretta a letto e sulla sedia, ma occasionalmente può slittare.	Problema Richiede da una moderata a una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costante attrito contro il piano del letto o della poltrona.
TOTALE PUNTEGGIO		PUNTEGGIO ≤ 16 PAZIENTE A RISCHIO		
		PUNTEGGI O > 16 PAZIENTE NON A RISCHIO		

N.B. Nel caso di paziente cateterizzato (ovvero di fatto continente) in assenza di altre fonti di umidità si attribuisce un punteggio di 4 all'indicatore umidità

Valutazione del dolore scala **NRS** (Numeric Rating Scale)

Valutazione del dolore

Quanto dolore prova al momento? (0 = nessun dolore – 10 = massimo dolore)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Punteggio rilevato : _____

- 1-3 dolore lieve
- 4-7 dolore moderato
- 9-10 dolore grave

VALUTAZIONE DELLO STATO MENTALE		
Short Portable Mental Status (SPMSQ)		
1. Che giorno è oggi? (giorno, mese ed anno)	1	0
2. Che giorno della settimana?	1	0
3. Qual è il nome di questo posto?	1	0
4. Qual è il suo numero di telefono? (oppure: Qual è il suo indirizzo?)	1	0
5. Quanti anni ha?	1	0
6. Quando è nato?	1	0
7. Chi è l'attuale Papa?	1	0
8. Chi è l'attuale Presidente della Repubblica?	1	0
9. Qual' era il cognome di sua madre prima i sposarsi?	1	0
10. Faccia 20 – 3, poi ancora – 3 sino a raggiungere 2	1	0
TOTALE SMPSQ		

1 = Corretta 0 = Sbagliato **Punteggio Totale (Range 0 – 10)**

Porre le domande da 01 a 10;

le risposte devono essere date senza utilizzare aiuti della memoria (calendario, giornale, certificato di nascita o altro).

Per ogni domanda vanno considerate le seguenti specifiche:

- 1) La risposta è corretta anche se è sbagliato un solo elemento della data (giorno/mese/anno).
- 2) Non richiede spiegazioni.
- 3) La risposta è corretta se viene fornita una qualsiasi indicazione che consenta il riconoscimento del posto (es: “la mia casa” o “in Ospedale”, “in casa di riposo”, così come il nome dell’ospedale o dell’istituto).
- 4) La risposta è considerata corretta se tutti i numeri del telefono sono riferiti esattamente e se questo può essere verificato o se viene ripetuto successivamente senza modificazioni. Nella variazione prevista se il soggetto non ha telefono, la risposta è considerata errata se viene sbagliata la via o il numero civico o il paese/città.
- 5) La risposta è considerata corretta se l’età corrisponde alla data di nascita.
- 6) La risposta viene considerata corretta solo se giorno/ mese/anno di nascita sono riferiti correttamente .
- 7) Non richiede spiegazioni.
- 8) Non richiede spiegazioni.
- 9) Il cognome andrebbe accertato tramite i familiari. Se la verifica non fosse possibile, viene considerato corretto un cognome diverso da quello del paziente.
- 10) La risposta è considerata errata al primo errore nella sottrazione (l’intera serie deve essere esatta: 17; 14; 11; 8; 5; 2)

Per soggetti con scolarità intermedia: *cut-score*:

- 0 – 2 punti = severo deterioramento cognitivo
- 3 – 4 punti = moderato deterioramento cognitivo
- 5 – 7 punti = lieve deterioramento cognitivo
- 8 – 10 punti = funzioni cognitive intatte

Se il soggetto ha un livello d’istruzione inferiore alla scuola dell’obbligo si ammette un errore in più, mentre se il livello è superiore alla scuola dell’obbligo si ammette un errore in meno.