

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Richiesta RSA

Richiesta Alloggi Protetti

Informazioni anagrafiche

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il ___/___/___

Residente a _____ via/piazza _____ n° _____

Parte per il Medico Curante	<p>Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)</p>																
	<p>Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse</p>																
	<p>Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti</p>																
	<p>Dispositivi in uso</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Catetere vescicale <input type="checkbox"/></td> <td>Sondino naso-gastrico <input type="checkbox"/></td> <td>Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PEG <input type="checkbox"/></td> <td>Catetere venoso centrale <input type="checkbox"/></td> <td>Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pace-maker <input type="checkbox"/></td> <td>ICD (defibrillatore) <input type="checkbox"/></td> <td>Ventilatore per insuff. respiratorie gravi <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tracheostomia <input type="checkbox"/></td> <td>Stomie <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Broncoaspirazione <input type="checkbox"/></td> <td>Porth-a-cath <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Catetere vescicale <input type="checkbox"/>	Sondino naso-gastrico <input type="checkbox"/>	Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) <input type="checkbox"/>	PEG <input type="checkbox"/>	Catetere venoso centrale <input type="checkbox"/>	Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno <input type="checkbox"/>	Pace-maker <input type="checkbox"/>	ICD (defibrillatore) <input type="checkbox"/>	Ventilatore per insuff. respiratorie gravi <input type="checkbox"/>	Tracheostomia <input type="checkbox"/>	Stomie <input type="checkbox"/>		Broncoaspirazione <input type="checkbox"/>	Porth-a-cath <input type="checkbox"/>		
	Catetere vescicale <input type="checkbox"/>	Sondino naso-gastrico <input type="checkbox"/>	Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) <input type="checkbox"/>														
	PEG <input type="checkbox"/>	Catetere venoso centrale <input type="checkbox"/>	Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno <input type="checkbox"/>														
	Pace-maker <input type="checkbox"/>	ICD (defibrillatore) <input type="checkbox"/>	Ventilatore per insuff. respiratorie gravi <input type="checkbox"/>														
	Tracheostomia <input type="checkbox"/>	Stomie <input type="checkbox"/>															
Broncoaspirazione <input type="checkbox"/>	Porth-a-cath <input type="checkbox"/>																
<p>Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori</p>																	
<p>• Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)</p>																	
<p>Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) ALLERGIE</p>																	
<p>Cadute negli ultimi sei mesi</p>	<p>Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>																

Parte per il Medico Curante	<p>Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> Specificare _____ _____ _____</p>
	<p>Stato nutrizionale</p>	<p><input type="checkbox"/> Nella norma</p> <p><input type="checkbox"/> variazioni ponderali negli ultimi sei mesi</p> <p>Note _____ _____ _____</p>
	<p>Giudizio sulla stabilità clinica</p>	<p><input type="checkbox"/> Stabile nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.</p> <p><input type="checkbox"/> Moderatamente stabile con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30 -60 giorni</p> <p><input type="checkbox"/> Moderatamente instabile con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana</p> <p><input type="checkbox"/> Instabile con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano con problemi che</p> <p><input type="checkbox"/> Acuzie necessitano di più monitoraggi quotidiani</p>

<p>Da compilare solo per ingresso in alloggi protetti</p>	<p>Io sottoscritto medico di medicina generale</p> <p>Dr _____</p> <p>del sig _____</p> <p>dichiara che la persona versa in condizioni di autosufficienza.</p>
--	--

data

timbro e firma medico

Nome ospite

Cognome ospite

SCHEDA CONOSCITIVA PER LA VALUTAZIONE DELL'INGRESSO IN RSA []
CONOSCITIVA PER LA VALUTAZIONE DELL'INGRESSO IN STRUTTURA PROTETTA []
AMBITO FUNZIONALE

INDICE DI BARTHEL COGNOME _____ NOME _____

Igiene personale

[5] Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti radersi. Un uomo deve essere capace di usare senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere capace di truccarsi. se abituata (non sono da considerarsi le attività relative all'acconciatura dei capelli).

[4] In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e dopo le operazioni

[3] Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene

[1] Necessita di aiuto per tutte le operazioni

[0] Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti

Bagno/doccia (lavarsi)

[5] Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato

[4] Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.)

[3] Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi
Necessita di aiuto per tutte le operazioni

[0] Totale dipendenza dal lavarsi.

Alimentazione

[10] Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su un vassoio o tavolo e raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare la carne, e, se lo desidera, usare sale, pepe, spalmare il burro, ecc.

[8] Indipendente nell'alimentarsi con cibi preparati su vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vassoio, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona

[5] Capace di alimentarsi da solo con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte nel the, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto o altro di portata,

[2] Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.

[0] Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato.

Abbigliamento

[10] Capace di indossare, togliere, chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.

[8] Necessita solo di minimo aiuta per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci scarpe.

[5] Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento

[2] Capace di collaborare in qualche modo ma dipendente sotto tutti gli aspetti. 0 Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.

Continenza intestinale

[10] Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.

[8] Può necessitare di supervisione con l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite

[5] Capace di assumere una. posizione. Appropriata, ma non può eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza ed ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni ecc.

[2] Necessita di aiuta nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.

[0] Incontinente

INDICE DI BARTHEL COGNOME _____ NOME _____

Continenza urinaria

[10] Controllo completo durante il giorno o la notte e/o indipendente con i dispositivi interni od esterni. Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di un minimo aiuto per l'uso di dispositivi esterni od interni.

[5] In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto per l'uso dei dispositivi esterni od interni.

[2] Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno od interno

[0] Incontinente o catetere a dimora. Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni od esterni

Trasferimento letto carrozzina

[15] Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. E' indipendente durante tutte le fasi

[12] Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza

[8] Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento

[3] Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i momenti del trasferimento

[0] Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire il Paziente con o senza un levatore meccanico.

Toilet

[10] Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o la padella. o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.

[8] Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla o pulirla.

[5] Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani 2 Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.

[0] Completamente dipendente.

Scale

[10] In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza senza aiuto o supervisione. In grado di usare i corrimano, bastone o stampelle se necessario ed è in grado di portarli con sé durante la salita o la discesa.

[8] In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione. per sicurezza od a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc

[5] Capace di salire e scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza

[2] Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili) 0 Incapace di salire e scendere le scale.

Deambulazione

[15] Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastoni o walker e deambulare per almeno 50 metri senza aiuto o supervisione

[12] Indipendente nella deambulazione ma con autonomia < 50 metri Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose

[8] Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi.

[3] Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione 0 Non in grado di deambulare autonomamente

Parte per il Medico Curante

INDICE DI BARTHEL COGNOME_____ NOME_____

Uso della carrozzina (Alternativo alla deambulazione)

(Usare questo item solo se il Paziente è stato classificato "0" nella deambulazione, e comunque solo dopo che sia stato istruito nell'uso della carrozzina)

[5] Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, WC, ecc.). L'autonomia deve essere almeno di 50 metri

[4] Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi su terreni a superficie regolare. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.

[3] Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc

[1] Capace di spostamenti solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.

[0] Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.

Punteggio totale:.....(punteggio massimo 100)

(Il sottoscritto si rende a tutti gli effetti responsabile di quanto dichiarato nel presente formulario).

data

Timbro, firma del Medico e recapito telefonico.

.....

.....

COGNOME _____ NOME _____

Parte per la famiglia/caregiver	Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il __/__/____ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____
	Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI NO Ente erogatore _____ Invalidità SI NO Codice Invalidità _____
	Modalità di gestione del reddito	<input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro
	Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	Dr./Dr.ssa _____ tel. _____
	Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ec	
	Provenienza Domicilio; Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
	Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro
	Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
	Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
	Diete particolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - Specificare _____
	Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - Specificare _____
	Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
	Alcool	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali		

COGNOME _____ NOME _____

Parte per la famiglia/caregiver	Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo	
		<input type="checkbox"/> Non autonomo		
	Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo	
		<input type="checkbox"/> Non autonomo		
	Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente	<input type="checkbox"/> Non continente	
		<input type="checkbox"/> Uso di pannoloni	<input type="checkbox"/> Catetere	
	Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente	<input type="checkbox"/> Non continente	
		<input type="checkbox"/> Uso di pannoloni	<input type="checkbox"/> Stomia	
	Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo	
		<input type="checkbox"/> Non autonomo		
	Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo	
		<input type="checkbox"/> Non autonomo		
	Vista	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Con lenti	<input type="checkbox"/> Cecità
	Udito	<input type="checkbox"/> Integro	<input type="checkbox"/> Con ausilio	<input type="checkbox"/> Sordità
	Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
	Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato		
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Con ausilio		
	<input type="checkbox"/> Protesi	<input type="checkbox"/> Allettato		
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Con ausilio	<input type="checkbox"/> Non in grado	
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> Non in grado	
Uso della sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì - Autonomo nell'uso?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
Ausili utilizzati	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sì Specificare quali _____ _____ Di proprietà _____ Fornito da _____ il ____/____/____			

COGNOME _____ NOME _____

Parte per la famiglia/caregiver	Accetta la terapia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
	Assume la terapia autonomamente	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
	Sonno - riposo	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Disturbato	<input type="checkbox"/> Insonnia
	Aggressività	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A volte
	Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A volte
	Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì - Numero? ____	
	Utilizza una contenzione	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì - Specificare _____ _____	
Previsione di contatti con il paziente (es, n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)				

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.

Data _____

Firma _____