

Parte riservata all'OdC

Domanda ricevuta in data _____ ora _____

Comunicata valutazione positiva della segnalazione il _____

Ingresso programmato il _____

Spett.le

La Provvidenza

Via S. Giovanni Bosco 3 – 21052 Busto Arsizio (VA)

Tel 0331358111

Email: odc@laprovvidenzaonlus.it

Dati anagrafici del paziente

Cognome..... Nome Sesso ☐ M ☐ F
Nato a Il/...../..... Esenzione
Residenza: Città Prov Via N..... Tel
Domicilio (se diverso dalla residenza): Città Prov Via N.....
Stato civile Professione..... Scolarità
Codice fiscale

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

Numero tessera sanitaria

Medico di famiglia..... Tel..... Cell.....

Persona di riferimento:

Cognome Nome Grado di parentela.....
Tel..... Cell.....
E' stato nominato: ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Curatore

Caregiver:

Cognome Nome Grado di parentela.....
Tel..... Cell.....

Presenza di persone che accudiscono il paziente:
☐ nessuna ☐ familiari ☐ badante ☐ familiari + badante ☐ rete amicale/vicini di casa

Invalidità: ☐ sì (.....%) ☐ no ☐ in accertamento

Accompagnamento: ☐ sì ☐ no ☐ in accertamento

Situazione abitativa: ☐ adeguata ☐ inadeguata ☐ presenza barriere architettoniche

Situazione economica: ☐ adeguata ☐ inadeguata

Segnalazione da:
☐ Medico di famiglia ☐ Ospedale ☐ Altro.....

Attualmente il paziente si trova: ☐ Domicilio ☐ Ospedale..... ☐ Altro

MOTIVO DELLA RICHIESTA DI INERIMENTO IN ODC:

PROGNOSI CLINICA in OdC _____ giorni

SETTING identificato/ipotizzato alla dimissione dall'OdC:
☐ DOMICILIO ☐ STRUTTURA specificare _____ ☐ ALTRO specificare _____

RELAZIONE SANITARIA

(a cura de/ medico curante, o del reparto ospedaliero o di altra struttura riabilitativa in cui si trova l'interessato)

Deposito delle disposizioni anticipate in materia di trattamenti sanitari (DAT) ☐ Sì ☐ No

INDICI FUNZIONALI				
	Autonomo	Con supervisione	Con aiuto	Totale dipendenza
Trasferimenti letto /sedia	☐	☐	☐	☐
Deambulazione	☐	☐	☐	☐
Locomozione su sedia a rotelle	☐	☐	☐	☐
Igiene personale	☐	☐	☐	☐
Alimentazione	☐	☐	☐	☐

INDICI ORGANICI				
	Nessuno	Lieve	Moderato	Grave
Calo ponderale	☐	☐	☐	☐
Obesità	☐	☐	☐	☐

INDICI COGNITIVI				
	Assente	Lieve	Moderate	Grave
Disturbo cognitivo/ Confusione/orientamento spazio temporale	☐	☐	☐	☐
Irritabilità	☐	☐	☐	☐
Irrequietezza	☐	☐	☐	☐
Vagabondaggio afinalistico	☐	☐	☐	☐
Aggressività (verbale e/o fisica)	☐	☐	☐	☐

PROFILI DI GRAVITA'		
Lesioni da decubito ☐ SI ☐ NO		
da pressione ☐ SI ☐ NO	Sede	
Vascolari ☐ SI ☐ NO	Sede	
Ausili per il movimento	☐ Si	☐ No
Bastone/deambulatore	☐ Si ☐ di proprietà ☐ prescritti	
Carrozzina	☐ Si ☐ di proprietà ☐ prescritti	
Cadute negli ultimi 6 mesi	☐ Si (specificare n..... cadute)	☐ No
Gestione incontinenza	☐ Si	☐ No
Pannolone/catetere esterno	☐ Si	☐ No
Catetere vescicale o permanenza	☐ Si	☐ No
Stomia	☐ Si (specificare.....)	☐ No
Alimentazione artificiale	☐ Si	☐ No
S.N.G. (sondino naso gastrico)	☐ Si	☐ No
PEG	☐ Si	☐ No
Parenterale	☐ Si	☐ No
Insufficienza respiratoria	☐ Si	☐ No
Ossigeno al bisogno	☐ Si	☐ No
Ossigeno costante	☐ Si (specificare litri di ossigeno.....)	☐ No
Dialisi	☐ Si	☐ No
Dialisi peritoneale	☐ Si	☐ No
Dialisi extracorporea	☐ Si	☐ No
Allergie farmaci	☐ Si	☐ No
Allergie alimenti	☐ Si	☐ No
Patologie infettive/contagiose in atto	☐ Si	☐ No
Potus	☐ Si	☐ No
Fumo	☐ Si	☐ No
Atti auto o etero lesivi	☐ Si	☐ No

Presa in carico di continuità dai seguenti servizi:

- ☐ C.D.C.D. ☐ C.P.S. ☐ CENTRO TRASFUSIONALE ☐ DIALISI
☐ ALTRO (specificare)

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA e PROSSIMA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (indicare farmaco e posologia)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTE

(informazioni aggiuntive a carattere sociale, familiare, assistenziale, ecc...):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nome e cognome del medico compilatore

.....
.....

Tel..... e-mail

.....
Timbro e firma del medico

.....
data di compilazione

Si prega di allegare:

- Documentazione clinica
- Richiesta di ricovero su ricetta regionale.

SCHEDA NEWS 2

	PUNTEGGIO						
Parametri fisiologici	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria/min	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
SpO2 % scala 1	≤91	92-93	94-95	≥96			
SpO2 % scala 2*	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93 in AA	93-94 in ossigeno	95-96 in ossigeno	≥97 in ossigeno
Supplementazione di ossigeno		si		no			
PA sistolica (mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequenza cardiaca /min	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Livello di coscienza				Vigile			CVPU**
Temperatura (°C)	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

PUNTEGGIO NEWS 2.....

(da almeno 72 ore per utenti provenienti da struttura sanitaria)

Ai fini dell'accesso in Ospedale di Comunità:

Per utenti provenienti da struttura sanitaria	Punteggio ≤4 da almeno 72 ore e nessuna variabile uguale a 3
Per utenti provenienti dal domicilio	Punteggio ≤4 e nessuna variabile uguale a 3

VALUTAZIONE INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE - Scala IIA

IIA corrisponde al punteggio assegnato con **maggiore frequenza** (in caso di parità tra i punteggi, assegnare il più alto)

selezionare per ciascun bisogno il valore prioritario apponendo una X nella prima colonna

1 FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA	
senza aiuto/sorveglianza	1
parametri < di 3 rilevazioni die	2
parametri > di 3 rilevazioni 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
difficoltà respiratoria da sforzo grave	3
dispnea a riposo	4
secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4
tosse acuta/cronica	3
parametri < di 3 rilevazioni die	2
parametri > di 3 rilevazioni die	3
ossigenoterapia	3
ventiloterapia notturna	3
tracheostomia	4
terapia con nebulizzazioni	3
3 MEDICAZIONI	
assenza di medicazioni	1
lesioni da pressione o ulcera stadio 1-2	2
lesioni da pressione o ulcera stadio 3	3
lesioni da pressione o ulcera stadio 4 o multiple	4
ferita chirurgica non complicata	2
ferita chirurgica complicata (deiscenza/infezione)	3
moncone di amputazione da medicare	3
ulcera da piede diabetico, vascolare o neuropatica	3
stomia recente da medicare	3
altre medicazioni complesse o sedi multiple	4
4 ALIMENTAZIONE e IDRATAZIONE	
senza aiuto/sorveglianza	1
prescrizione dietetica	2
necessità di aiuto per azioni complesse	2
necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
presenza disfagia lieve	3
presenza disfagia moderata/severa	4
nutrizione enterale (SNG-PEG)	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 notte	2
incontinenza fecale/urinaria (pannolini 24h/die)	3
cateterismo a permanenza	4
6 MOVIMENTO	
senza aiuto/sorveglianza	1
usa in modo autonomo presidi per il movimento	2
necessità di aiuto costante per deambulare	3
mobilitazione in poltrona/cambi posturali nel letto	3
necessità di aiuto utilizzare il sollevatore	4
allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
7 RIPOSO/SONNO	
senza aiuto/sorveglianza	1
sonno indotto da farmaci	2
disturbi del sonno	3
agitazione notturna costante	4
8 COMUNICAZIONE	
senza aiuto/sorveglianza	1
necessità di acquisire informazioni quali	1
necessità di acquisire abilità quali	1
difficoltà in forma lieve (vista e/o udito e/o linguaggio)	3
stato costante di apatia, ansia e/o agitazione	3
persona non responsiva	3
comunicazione gravemente alterata	4
aggressività/disorientamento	4
9 AMBIENTE SICURO	
senza aiuto/sorveglianza	1
apparecchi medicali a domicilio	2
necessità di aiuto per gestire il suo confort	3
non è in grado di utilizzare il sistema di chiamata	4
rischio di caduta medio/alto	4
uso di mezzi di protezione	4
Altro	4
10 PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	
PD senza preparazione	1
PD con preparazione e/o allettamento < 12 h	2
PD con preparazione e/o allettamento > 12 h	3
PD con preparazione in persona non autosufficiente	4
dolore moderato/forte con valutazione ripetuta	4
assenza di terapia	1
terapia 1-2 volte/die	2
terapia più di 2 volte/die o chemioterapia orale	3
terapia infusionale	4
trattamento infusivo con chemioterapici	4
11 IGIENE e ABBIGLIAMENTO	
senza aiuto/sorveglianza	1
necessità di aiuto per bagno o doccia	2
necessità di aiuto per cure igieniche parziali/vestizione	3
totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
12 ALTRI BISOGNI CLINICI	
assenza di altri bisogni clinici	1
monitoraggio settimanale ematochimici	2
monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
necessità di consulenze specialistiche o controlli strumentali	3
necessità di fisioterapia	3
necessità di interventi educativi	2

**DATA
COMPILAZIONE**

totale punteggi 1
 totale punteggi 2
 totale punteggi 3
 totale punteggi 4

**VALORE
PREVALENTE**

firma compilatori _____