

**AZIENDA USL N. 5 ORISTANO**

**DISTRETTO SANITARIO DI ORISTANO**

**UNITA' DI VALUTAZIONE TERRITORIALE**

# **SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

## **PAZIENTE**

**Cognome**

**Nome**

**Nato a**

**Nato il**

**Residente a**

**Via**

**sessu**

**Telefono**

**Medico di Medicina Generale**



**PAZIENTE**

data

**1 a. AREA SANITARIA (1)**

**INDICE DI COMORBILITA' ( CIRS)**

**Patologie Cardiache ( solo cuore)**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**Ipertensione ( si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**Apparato vascolare ( sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**Occhi / ORL ( occhi, orecchio, naso, gola, laringe)**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**Appar. diger tratto super. (esofago, stomaco, vie biliari-epato-pancreatiche; escluso diabete)**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**Apparato digerente tratto inferiore ( intestino, ernie)**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**Fegato**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**Rene**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5



**PAZIENTE**

data

**App. riprodutt. E altre patologie genito-urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**Apparato muscolo-scheletrico e cute ( muscoli, scheletro, tegumenti)**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**Patologie sistema nervoso ( sistema nervoso centrale e periferico, non include la demenza)**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**Patologia sistema endocrino-metabolico ( include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**Stato mentale e comportamentale ( include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)**

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**PATOLOGIA PRINCIPALE INVALIDANTE**

**Quando è sorta?**

1 = meno di un mese    2 = da 1 a 2 mesi    3 = da 2 a 3 mesi    4 = da 3 a 6 mesi    5 = più di sei mesi

**Indici di severità e di comorbidità**

**Indice di severità a 13 item**

media dei punteggi delle prime 13 categorie, escludendo la categoria "stato mentale e comportamentale"

**Indice di severità a 14 item**

media dei punteggi di tutte le categorie

**Indice di comorbidità a 13 item**

numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a tre, escludendo la categoria "stato mentale e comportamentale"

**Indice di comorbidità a 14 item**

numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a tre calcolato su tutte le categorie

**Legenda**

**1. Nessuna menomazione**

**2. Menomazione lieve:** non interferisce con le normali attività; trattamento necessario; prognosi buona ( es. lesioni dermatologiche, ernie, emorroidi)

**3. Menomazione moderata:** interferisce con le normali attività; trattamento necessario; prognosi buona ( es. colelitiasi, diabete o fratture trattabili)

**4. Menomazione grave:** è invalidante; trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata ( es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, insufficienza cardiaca congestizia)

**5 Menomazione molto grave:** può essere letale, trattamento di emergenza o inefficace, prognosi grave) ( es. infarto del miocardio, ictus, emorragie digestive, embolia)

**Il Medico compilatore**



PAZIENTE

Azienda USL N.5 - Oristano

data

Mod. 1c

**1b. AREA SANITARIA**  
**Scala di Instabilità Clinica**  
( Bernardini et al. 1995 )

<b>0 - Stabile</b>	Senza nessun particolare problema o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico programmabile ad intervalli <i>superiori ai 60 giorni</i>	
<b>1 - Moderatamente Stabile</b>	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico programmabile ad <i>intervalli di 30-60 giorni</i>	
<b>2 - Moderatamente Instabile</b>	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico programmabile ad intervalli di <i>più di una volta al mese ma meno di una volta la settimana</i>	
<b>3 - Instabile</b>	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico non programmabile presumibilmente una o più volte la settimana, <i>ma non quotidiano</i>	
<b>4- Altamente Instabile</b>	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico <i>quotidiano</i>	
<b>5- Acuzie</b>	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico <i>pluriquotidiano</i>	

*Il Medico compilatore*

--

\* **MONITORAGGIO CLINICO** Significa : visita medica completa o valutazione attenta “ Problema orientato” e/o esame di laboratorio e/o esami strumentali.



**PAZIENTE**

data

**2. AREA FUNZIONALE**

**INDICE DI BARTHEL**

Punteggio

<b>Mangiare</b>	<b>2</b>	Indipendente	<input type="text"/>
	<b>1</b>	Aiuto per tagliare, spalmare, etc.	<input type="text"/>
	<b>0</b>	Incapace	<input type="text"/>
<b>Bagno/doccia</b>	<b>1</b>	Indipendente	<input type="text"/>
	<b>0</b>	Dipendente	<input type="text"/>
<b>Pulizia personale</b>	<b>1</b>	Indipendente per viso. Capelli-denti-barba. Anche provvisto degli ausili idonei	<input type="text"/>
	<b>0</b>	Aiuto	<input type="text"/>
<b>Vestirsi</b>	<b>2</b>	Indipendente esclusi bottoni- zip-lacci-etc	<input type="text"/>
	<b>1</b>	Necessita di aiuto ma può fare qualcosa da solo	<input type="text"/>
	<b>0</b>	Dipendente	<input type="text"/>
<b>Controllo sfinteri</b>	<b>2</b>	Controlla	<input type="text"/>
	<b>1</b>	Incidente occasionale < uno la settimana	<input type="text"/>
	<b>0</b>	Incontinente o necessita di clistere	<input type="text"/>
<b>Controllo vescica</b>	<b>2</b>	Controlla	<input type="text"/>
	<b>1</b>	Incidente occasionale massimo ogni 24 ore	<input type="text"/>
	<b>0</b>	Incontinente - cateterizzato o incapace di governarsi da solo	<input type="text"/>
<b>Toilet</b>	<b>2</b>	Indipendente	<input type="text"/>
	<b>1</b>	Necessita di aiuto ma può fare qualcosa da solo	<input type="text"/>
	<b>0</b>	Dipendente	<input type="text"/>
<b>Trasferimento sedia-letto</b>	<b>2</b>	Minimo aiuto verbale o fisico di una persona	<input type="text"/>
	<b>1</b>	Massimo aiuto fisico di 1 o 2 persone, ma può stare seduto	<input type="text"/>
	<b>0</b>	Incapace - non mantiene l'equilibrio	<input type="text"/>
<b>Camminare</b>	<b>3</b>	Indipendente nella deambulazione	<input type="text"/>
	<b>2</b>	Deambula con aiuto verbale o fisico di una persona	<input type="text"/>
	<b>1</b>	Indipendente in carrozzina comprese le curve	<input type="text"/>
	<b>0</b>	Immobilità	<input type="text"/>
<b>Scale</b>	<b>2</b>	Indipendente senza l'uso di ausili	<input type="text"/>
	<b>1</b>	Necessita di aiuto verbale o fisico o di un ausilio	<input type="text"/>
	<b>0</b>	Incapace	<input type="text"/>
<b>Punteggio Totale</b>			<input type="text"/>

*Il Compilatore*

pag.5







**AL PUNTO UNICO DI ACCESSO**

**P. U. A.**

del Distretto di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_ tel. n. \_\_\_\_\_

Medico di Medicina generale

Pediatra di libera scelta

Medico Ospedaliero

Assistente Sociale

Familiare

Altro

PROPONE PER

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

**L'INSERIMENTO IN:**

CURE DOMICILIARI

RSA

INSERIMENTO O TRATTAMENTO IN RIABILITAZIONE GLOBALE

○ AMBULATORIALE

○ DOMICILIARE

INSERIMENTO IN TRATTAMENTO DI MANTENIMENTO ( non globale)

INSERIMENTO IN RIABILITAZIONE GLOBALE A CICLO CONTINUATIVO

INSERIMENTO IN RIABILITAZIONE SOCIO SANITARIA

INSERIMENTO IN CDI

INSERIMENTO IN CASA PROTETTA

ASSISTENZA PROTESICA

PROGETTO "RITORNARE A CASA"

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma proponente

SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA



SCHEDA DI ANALISI DELLA DOMANDA CLINICA:

proposta attivazione percorso socio-sanitario

L'ASSISTITO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

Nominativo Medico Medicina Generale/Ospedaliero/Specialista Ambulatoriale \_\_\_\_\_

PATOLOGIE PREGRESSE: \_\_\_\_\_

DIAGNOSI

VALUTAZIONE FUNZIONALE:

<b>Condizione clinica</b>	stabile	instabile	
<b>Stato cognitivo</b>	normale	parzialmente deficitario	inadeguato
<b>Deambulazione</b>	autonoma	assistita	non deambulante
<b>Menomazione prevalente</b>	_____		
<b>Condizione sociale:</b>	vive da solo	coniuge età	_____
<b>Supporto familiare:</b>	adeguato	inadeguato	

Problematiche che ostacolano adeguata assistenza a domicilio: \_

<b>Provenienza</b>	Ospedale acuti Residenza protetta	RSA/ Lungodegenza Domicilio	Centro di riabilitazione _____
--------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Sanitario