

**1. SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO DI TRANSIZIONE  
 PAZIENTE COVID-FREE**

<b>ANAGRAFICA PAZIENTE</b>		Cognome*	Nome*	
Data di nascita*			Luogo*	
Sesso*		Maschio	Femmina	
Codice Fiscale*			Residenza*	
Domicilio			Telefono	
Caregiver/MMG/Ass. Sociale*			Telefono*	
Amministratore di sostegno		Cognome e Nome	NO	NON NECESSARIO
Struttura inviante*				
Ospedale		Dipartimento*	Reparto*	
		Referente clinico*	Telefono*	
MAIL REFERENTE / GESTORE PORTALE*				
Paziente dimissibile dal*				

**Costituiscono Criteri di esclusione**

- paziente instabile secondo classificazione SIC (punteggio 3)
- paziente con acuzie non risolte
- percorso diagnostico incompleto in corso di definizione
- paziente con patologia psichiatrica non controllata dalla terapia
- paziente con condizione per cui sono previsti interventi specifici (SLA, HOSPICE)

PAZIENTE PRECEDENTEMENTE COVID POSITIVO		NO
PRIMO TAMPONE*	Data:*	Esito:*
SECONDO TAMPONE	Data:	Esito:
TAMPONI SUCCESSIVI	Date:	Esiti:
ESEGUITO TAMPONE 12H PRIMA DELLA DIMISSIONE*	Data:*	Esito:*
Eseguito Sierologico*	SI'	NO
Sierologico	Data:	Esito:

MOTIVO DEL RICOVERO (evento indice)*					
Data EVENTO INDICE (se individuabile)*					
Periodo EVENTO INDICE*		< 3 mesi	< 6 mesi	< 1 anno	
Patologia Principale*					
Cardiologica	Pneumologica	Neuromotoria	Oncologica	Alzheimer	Internistica
Comorbilità o Patologie Croniche*					
Presenza NIV Notturna*		SI	NO		

Presenza NIV Diurna*	SI	NO
Presenza di O2t*	NON NECESSITA	NECESSITA L/MIN =
Tracheostomia*	SI	NO
Dialisi*	SI	NO

<b>VALUTAZIONE DI INSTABILITÀ CLINICA (1 Scelta)*</b>
Paziente stabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale bisettimanale)
Paziente moderatamente stabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale più volte alla sett.)
Paziente moderatamente instabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale quotidiano)
Paziente instabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale che prevede almeno un secondo accesso)

<b>CONDIZIONE FUNZIONALE PRE-MORBOSA (Scala di Rankin Modificata) (1 scelta)*</b>
Nessun sintomo
Non disabilità significativa (svolge le attività IADL BADL nonostante i sintomi)
Disabilità lieve (autonomo solo nelle BADL)
Disabilità moderata (supervisione nelle BADL, ma con deambulazione autonoma)
Disabilità moderatamente grave (incapace di deambulare e svolgere le BADL senza assistenza)
Disabilità grave (allettato, incontinente, richiede assistenza continua)

<b>STATO NUTRIZIONALE*</b>			
ADEGUATO	OBESITA'	MALNUTRIZIONE	PESO KG*

<b>TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO, POSOLOGIA</b>	
1)*	5)
2)*	6)
3)	7)
4)	8)
Ulteriori Terapie:	

<b>FARMACI CON PIANO TERAPEUTICO</b>	
1)*	2

<b>SCALA DI DISABILITÀ COMUNICATIVA (1 SCELTA)*</b>
Nessuna
Lieve
Moderata
Grave
Completa

<b>SUPPORTO SOCIALE*</b>		
Presente	Parziale	Assente

<b>PATOLOGIA PSICHIATRICA*</b>		
No	Sì	Specificare
In carico a CPS*		
No	Sì	Specificare
Tentato Suicidio*		
No	Sì	Specificare

PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA (SE SÌ, CON DATA DIAGNOSI)*			
No	Sì, da < 3 mesi	Sì, da < 1 anno	Sì, da > 1 anno
Disturbi comportamentali e sintomi psichici (Se sì, da quanto tempo)*			
No	Sì, da vari giorni	Sì, da mesi	Sì, da anni

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO*	NO	SI'
SE SI', SPECIFICARE (più scelte)		
Deliri (persecutori, di gelosia, ecc..)		
Allucinazioni		
Vagabondaggio o si perde fuori casa		
Agitazione notturna		
Inversione ritmo sonno-veglia		
Aggressività verso sé e/o gli altri		
Urla o lamentazioni o vocalismi		
Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica		
Presenza di disturbi del comportamento alimentare		
Completamente confuso, personalità destrutturata		
Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe		
Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio		
Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente		

IRRITABILITA' (una scelta)*
Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
Mostra ogni tanto segni di irritabilità
Non mostra alcun segno di irritabilità

IRREQUIETEZZA (più scelte)*
Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano
Si agita e gesticola durante la conversazione
Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

OBIETTIVO DEL RICOVERO (Una scelta)*
Riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo neuromotorio
Riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo cardio-respiratorio
Stabilizzazione clinico assistenziale con supporto e addestramento del care-giver

OUTCOME PREVISTO (Una scelta)*
Rientro al domicilio certo
Rientro al domicilio possibile
Avviata pratica per ricovero RSA

PAZIENTE PROVENIENTE DA ALTRO SETTING RIABILITATIVO*	NO	SI'
Progetto Riabilitativo (o da allegare)		
Tipologia Posto Suggesto – Prima Scelta (Facoltativo)		
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Neurologia
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Oncologia (chemioterapia)	<input type="checkbox"/> Generale Geriatrica
<input type="checkbox"/> Mantenimento	<input type="checkbox"/> Post Acuti	<input type="checkbox"/> Subacuti
Tipologia Posto Suggesto – Seconda Scelta (Facoltativo)		
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Neurologia
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Oncologia (chemioterapia)	<input type="checkbox"/> Generale Geriatrica
<input type="checkbox"/> Mantenimento	<input type="checkbox"/> Post Acuti	<input type="checkbox"/> Subacuti

Eventuale nota clinica (Facoltativo)

**INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE ICA\***

<b>1) FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA</b>		<b>6) IGIENE ED ABBIGLIAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
<input type="checkbox"/> Parametri ≥3 rilevazioni die	3	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
<input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza /assenza di collaborazione	4
<input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 3	3	<b>7) MOVIMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 4	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	<input type="checkbox"/> Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento	2
<input type="checkbox"/> Quantità urine	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
<b>2) FUNZIONE RESPIRATORIA</b>		<input type="checkbox"/> Mobilitazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare il sollevatore	4
<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2	<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave	3	<b>8) RIPOSO E SONNO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4	<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci	2
<input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica	3	<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	3
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2	<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante	4
<input type="checkbox"/> Parametri ≥3 rilevazioni die	3	<b>9) SENSORIO E COMUNICAZIONE</b>	
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	3	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna	3	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
<input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia	4	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
<input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni	3	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2
<b>3) MEDICAZIONI</b>		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3
<input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni	1	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2	<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	<b>10) AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE</b>	
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata	2	<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alta	4
<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare	3	<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4
<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3
<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare	3	<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2
<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4	<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissioni con altre istituzioni	3
<b>4) ALIMENTI E IDRATAZIONE</b>		<b>11) TERAPIE</b>	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Assenza di terapia	1
<input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica	2	<input type="checkbox"/> Terapia solo orale 1 o 2 volte / die	2
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse	2	<input type="checkbox"/> Terapia più di 2 volte / die	3
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo 1/die (antibiotici, elettroliti)	2
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve	3	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo più volte die	3
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata/severa	4	<input type="checkbox"/> Antibiotico in infusione continua	3
<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o P EG recente)	4	<input type="checkbox"/> Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4
<b>5) ELIMINAZIONE</b>		<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	3
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<b>12) ALTRI BISOGNI CLINICI</b>	
<input type="checkbox"/> Monitoraggio alvo	2	<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici	1
<input type="checkbox"/> Necessità di clisma	3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio settimanale ematochimici	2
<input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al WC	3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
<input type="checkbox"/> Gestione della stomia	3	<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche	3
<input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2	<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale	3
<input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)	3	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia di gruppo	2
<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero /a lunga permanenza	3	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia individuale	3
		<input type="checkbox"/> Comorbidità severa (CIRS-C < 3)	2
		<input type="checkbox"/> Comorbidità severa (CIRS-C = 3)	3
		<input type="checkbox"/> Necessità di educazione sanitaria al pz.	2

**FSS-ICU DA COMPILARE SOLO SE OBIETTIVO RICOVERO è riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo neuromotorio o stabilizzazione clinico assistenziale con supporto e addestramento del caregiver**

FSS-ICU	SCORE	FSS-ICU	SCORE
<b>ROTOLOAMENTO NEL LETTO</b>		<b>PASSAGGIO DA SUPINO A SEDUTO</b>	
Autonomo	7	Autonomo	7
Autonomo, ma si aiuta con le mani	6	Autonomo, ma si aiuta con le mani	6
Autonomo, ma va incoraggiato	5	Autonomo, ma va incoraggiato	5
Minima assistenza	4	Minima assistenza	4
Moderata assistenza	3	Moderata assistenza	3
Massima assistenza	2	Massima assistenza	2
Totalmente dipendente	1	Totalmente dipendente	1
Non può svolgere il compito	0	Non può svolgere il compito	0
<b>POSIZIONE SEDUTA BORDO DEL LETTO</b>		<b>PASSAGGIO DA SEDUTO IN PIEDI</b>	
Autonomo	7	Autonomo	7
Autonomo, ma si aiuta con le mani	6	Autonomo, ma si aiuta con le mani	6
Autonomo, ma va incoraggiato	5	Autonomo, ma va incoraggiato	5
Minima assistenza	4	Minima assistenza	4
Moderata assistenza	3	Moderata assistenza	3
Massima assistenza	2	Massima assistenza	2
Totalmente dipendente	1	Totalmente dipendente	1
Non può svolgere il compito	0	Non può svolgere il compito	0
<b>DEAMBULAZIONE</b>			
Autonomo (≥50m) senza ausili	7		
Autonomo (≥50m) con ausili	6		
Autonomo (≥50m), ma va incoraggiato	5		
Minima assistenza per (≥50m)	4		
Moderata assistenza (≥50m)	3		
Massima assistenza (50m)	2		
Meno di 15m o aiuto di due persone	1		
Non può svolgere il compito	0		

**Scala CR 10 di Borg DA COMPILARE SOLO SE OBIETTIVO RICOVERO è Riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo cardio-respiratorio**

<b>Scala CR 10 di Borg</b> (Adattata da Borg G. Med SciSport Exerc)		
Percezione della dispnea	A Riposo	Sotto Sforzo
Nessun Affanno		
Appena Percepibile		
Molto Lieve		
Lieve		
Moderato		
Moderatamente severo		
Severo		
Molto Severo		
Molto, Molto severo		
Insopportabile		