



SCHEDA MEDICA

VALUTAZIONE IDONEITA'

DOCUMENTO DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE O DELLO SPECIALISTA INCARICATO

Ver.01 Speciale per Art.13 c.b. L.R. 3/2008



RELAZIONE D'INGRESSO PER L'OSPITE

Questo documento deve essere compilato per ogni ospite prima dell'ingresso per valutare i criteri di inclusione/esclusione in quanto le strutture sperimentali ai sensi dell'Art.13 c. b dell L.R. 3/2008, ospitano persone di età uguale o superiore a 65 anni, in condizioni di vulnerabilità sociale, che richiedono interventi a bassa intensità assistenziale (come previsto dal DM 308/2001) senza necessità di assistenza sociosanitaria continuativa.

Le persone possono presentare limitazioni anche consistenti nelle IADL e minime limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana – BADL (solo risposta 1 o 2 della scala). Devono comunque essere in grado di:

- utilizzare autonomamente i servizi igienici, anche accompagnate in caso di necessità, e con eventuale supervisione; - gestire autonomamente o con il minimo aiuto i trasferimenti letto-sedia;
- cambiare autonomamente posizione nel letto senza necessità di aiuto;
- essere in grado di alimentarsi da soli, con eventuale supervisione o minima assistenza durante i pasti (es. tagliare carne).

Entro questi limiti possono essere accolte, purché permangano tutte le funzioni sopradette, anche persone con limitazioni delle funzioni mentali superiori di grado lieve-moderato (MCI o demenza lieve-moderata) sostenibili con funzioni di assistenza minima (es. supervisione o aiuto nell'organizzazione di vita) in assenza di anomalie del comportamento maggiori e non compatibili con la vita in comunità (aggressività, vocalizzazione impropria e incessante).

Le persone che vivono nella struttura mantengono l'iscrizione al proprio MMG che resta il responsabile clinico della loro salute.

SCHEMA DI VALUTAZIONE PER L'INGRESSO DELL'OSPITE

DATI IDENTIFICATIVI DEL SOGGETTO RICHIEDENTE

Cognome

Nome

Nato/a

Il

Residente a

In Via

N°

SI CERTIFICA CHE IL PAZIENTE :

NON E' affetto da patologie disabilitanti per le quali necessita di prestazioni di natura socio-sanitaria e/o sanitaria, monitoraggio medico o infermieristico continuo

SI - NO

NOTA : in caso di risposta "SI", il paziente è idoneo all'ingresso in Comunità - "No", Non idoneo all'ingresso in Comunità

E' affetto da demenza ?

SI - NO

In caso risposta affermativa, compilare la sezione : La diagnosi è stata posta da centro specialistico?

SI - NO

Indicare il nome del centro specialistico _____ data della diagnosi _____

In caso di risposta affermativa : La demenza è di grado

LIEVE - MODERATO - SEVERO

NOTA : in caso di risposta "MODERATO" il paziente è idoneo all'ingresso in Comunità solo se le limitazioni mentali sono sostenibili con assistenza minima , in assenza di anomalie del comportamento maggiori e non compatibili con la vita in comunità.

E' in grado di assumere autonomamente le terapie farmacologiche prescritte anche se necessita di aiuto per ricordare gli orari di assunzione?

SI - NO

NOTA : in caso di risposta "SI", il paziente è idoneo all'ingresso in Comunità - "No", Non idoneo all'ingresso in Comunità

Data della valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

ESTRATTO DELLE ATTIVITA' DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL)*Basic Activities Day of Living*

Cognome e Nome del soggetto a cui viene effettuato il TEST _____

FARE IL BAGNO (Vasca, doccia, spugnature)

Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo) IDONEO

Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso) IDONEO

Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo NON IDONEO

VESTIRSI (Prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti , inclusa biancheria intima, vestiti , uso delle allacciature)

Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza IDONEO

Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe IDONEO

Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito NON IDONEO

TOILETTE (Andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi e rivestirsi)

Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino) IDONEO

Utilizza autonomamente la toilette anche accompagnato in caso di necessità , e con eventuale supervisione IDONEO

Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda NON IDONEO

Non si reca in bagno per l'evacuazione NON IDONEO

SPOSTARSI

Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore) IDONEO

Gestisce autonomamente o **con minimo aiuto** i trasferimenti letto-sedia IDONEO

Cambia autonomamente posizione nel letto senza necessità di aiuto IDONEO

Compie questi trasferimenti se aiutato NON IDONEO

Allettato, non esce dal letto NON IDONEO

CONTINENZA DI FECI E URINE

Controlla completamente feci e urine IDONEO

"Incidenti" occasionali NON IDONEO

Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine , usa catetere , è incontinente NON IDONEO

ALIMENTAZIONE

Senza assistenza IDONEO

Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane IDONEO

Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale NON IDONEO

Data della valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA

Instrumental Activities Day of Living

Cognome e Nome del soggetto a cui viene effettuato il TEST _____

ABILITA' AD USARE IL TELEFONO

Usa il telefono di propria iniziativa : cerca il numero telefonico e lo compone	1
Compone solo pochi numeri ben conosciuti	1
Risponde al telefono, ma non compone numeri	1
E' incapace di usare il telefono	0

SPOSTAMENTI FUORI CASA

Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o della propria automobile	1
Fa uso di taxi , ma non è capace di usare mezzi pubblici	1
Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato	1
Viaggia in macchina o in taxi quando è assistito o accompagnato da altri	0
Non può viaggiare affatto	0

ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI

E' capace di assumere correttamente le medicine	1
E' capace di assumere le medicine solo se in precedenza già preparate e separate	0
E' incapace di assumere da solo le medicine	0

USO DEL PROPRIO DENARO

Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, fare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca) , controlla le proprie entrate	1
Provvede alle spese ed ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese etc.)	1
E' incapace di maneggiare il denaro in modo proprio	0

FARE LA SPESA () Non strettamente applicabile e pertinente

Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma	1
E' capace di effettuare solo piccoli acquisti	0
Ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto	0
E' completamente incapace di fare la spesa	0

PREPARARE PASTI () Non strettamente applicabile e pertinente

Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in maniera autonoma	1
Prepara il pasto solo se gli forniscono tutti gli ingredienti	0

E' in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara i cibi in maniera non costante tanto da non riuscire a mantenere un'alimentazione adeguata	0
Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito	0
CURA DELLA CASA () Non strettamente applicabile e pertinente	
Riesce ad occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aiuto per i lavori pesanti	1
Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri come lavare i piatti, rifare il letto, etc	1
Riesce ad effettuare lavori domestici leggeri, ma non è capace di mantenere un livello adeguato di pulizia	1
Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie di casa	0
E' completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica	0
FARE IL BUCATO () Non strettamente applicabile e pertinente	
Lava tutta la propria biancheria	1
Lava solo i piccoli indumenti	1
Tutto il bucato dev'essere fatto da altri	0
TOTALE IADL	

Data della valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

Cumulative illness rating scale

Cognome e Nome del soggetto a cui viene effettuato il TEST _____

Menomazione: 0= nessuna 1= lieve 2= moderata 3= grave 4= molto grave

1. Patologie cardiache (solo cuore)	0	1	2	3	4
2. Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	0	1	2	3	4
3. Patologie vascolari (sangue vasi midollo, milza, sistema linfatico)	0	1	2	3	4
4. Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	0	1	2	3	4
5. Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	0	1	2	3	4
6. Apparato gastroenterico superiore (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari epato-palearche; escluso diabete)	0	1	2	3	4
7. Apparato gastroenterico inferiore (intestino, ernie)	0	1	2	3	4
8. Patologie epatiche	0	1	2	3	4
9. Patologie renali (solo rene)	0	1	2	3	4
10. Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	0	1	2	3	4
11. Sistema muscolo-scheletrico-cute	0	1	2	3	4
12. Patologie sistema nervoso (s.n.c. e periferico, esclusa demenza)	0	1	2	3	4
13. Patologie endocrino-metaboliche (include diabete, sepsi, stati tossici)	0	1	2	3	4
14. Patologie psichiatriche e comportamentali (demenza, depressione, ansia agitazione, psicosi)	0	1	2	3	4
PUNTEGGIO CIRS					

Data della valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

GIUDIZIO FINALE DI IDONEITA' O NON IDONEITA'

Il mio Paziente Sig./Sig.ra (*Cognome e nome*) _____

Alla luce delle valutazioni effettuate sulla presente scheda medica redatta il (*data*) _____

- Necessita Non necessita di assistenza socio-sanitaria continuativa ed è pertanto ritenuto/a
- Idoneo/a Non Idoneo/a All'ingresso presso la Comunità Alloggio Sociale Anziani

Luogo, Data _____

Timbro e Firma del Medico

- Si allega al presente documento il piano terapeutico in uso al domicilio del paziente