

QUESTIONARIO DI AMMISSIONE IN STRUTTURA

Da compilarsi a cura del medico curante. Barrare le caselle corrispondenti.

A) SITUAZIONE ANAGRAFICA

Cognome: _____ Nome _____

Nato/a a: _____ il: ____/____/____ Codice Fiscale: _____

Residenza: _____

Codice esenzione _____

Persona di riferimento: _____

- parente _____
- conoscente
- assistente sociale

Recapito telefonico: _____

Richiesta di soggiorno :

- temporaneo, per mesi: _____
- definitivo:
 - con domiciliazione
 - senza domiciliazione

B) CONDIZIONI CLINICHE

Anamnesi patologica remota (scrivere in stampatello e leggibile):

Patologia in atto (scrivere in stampatello e leggibile):

C) CONDIZIONI SPECIFICHE

Dieta:

- libera
- per diabetici
- per nefropatici
- N.E: SNG PEG
- NPT
- altro: _____

Deglutizione:

- regolare
- disfagia per liquidi per solidi

Incontinenza:

- no
- no, ma difficoltà a raggiungere wc
- si solo urine solo feci
- completa
- CV _____
- Stomia _____

Utilizza:

- pannolone
- catetere vescicale
- urocondom
- pannolone a slip

Stazione eretta:

- buona
- incerta
- con ausilio (specificare quale) _____
- impossibile

Necessita di contenzione fisica:

- no
- sponde a letto
- guantoni
- cinta in carrozzina

D) CAPACITÀ FUNZIONALI

Deambulazione:

- dipendenza totale rispetto alla deambulazione
- necessita la presenza di una o più persone per la deambulazione
- necessaria una persona per raggiungere e manovrare gli ausili
- deambulazione autonoma, ma necessita di supervisione, non percorre 50 metri senza bisogno di aiuto
- autonomo nella deambulazione, usa stampelle, bastone, ecc., percorre 50 metri senza aiuto

Locomozione su sedia a rotelle:

- dipendente per la locomozione
- può avanzare da solo per brevi tratti
- necessaria l'assistenza per tratti difficili
- autonomia per la locomozione

Igiene personale:

- completamente dipendente
- necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale

IN ACCORDO CON IL MEDICO CURANTE SI AUTORIZZA L'USO DI MEZZI DI CONTENZIONE
FISICA A SALVAGUARDIA DELL'INCOLUMITA' DELL'UTENTE

NATO/A A _____ IL _____

• **FASCE DI CONTENZIONE IN CARROZZINA**

Firma del medico _____ data _____ SI NO

Firma del familiare/tutore _____ data _____ SI NO

• **SBARRE A LETTO**

Firma del medico _____ data _____ SI NO

Firma del familiare/tutore _____ data _____ SI NO

• **GUANTONI**

Firma del medico _____ data _____ SI NO

Firma del familiare/tutore _____ data _____ SI NO

– **GUANTONI ASSICURATI ALLE SPONDE DEL LETTO O ALLA CARROZZINA**

Firma del medico _____ data _____

Firma del familiare/tutore _____ data _____

• **FASCIA A LETTO**

Firma del medico _____ data _____ SI NO

Firma del familiare/tutore _____ data _____ SI NO

SCALA DI CONLEY

COGNOME _____ NOME _____

Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente: possono essere rivolte ad un familiare, al caregiver o all'infermiere, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. La risposta "Non so" è da considerare come una risposta negativa.

	Data		Data		Data	
	Si	No	Si	No	Si	No
Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)						
C1 – E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi	2	0	2	0	2	0
C2 – Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi tre mesi)	1	0	1	0	1	0
C3 – Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi tre mesi)	1	0	1	0	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)						
C4 – Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile	1	0	1	0	1	0
C5 – Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.)	2	0	2	0	2	0
C6 – Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso di pericolo	3	0	3	0	3	0
PUNTEGGIO 0: nessun rischio PUNTEGGIO 8: massimo rischio PUNTEGGIO DI CUT-OFF. 2	TOT. _____		TOT. _____		TOT. _____	
FIRMA DEL MEDICO						

Valutazione del rischio di lesione da decubito secondo la scala di Norton

Condizioni fisiche: Valutare i livelli di assistenza richiesti per attività di vita quotidiana (ADL), relativi a igiene, nutrizione e movimenti.

1. Pessime (totalmente dipendente nelle ADL)
2. Scadenti (è richiesta assistenza per molte ADL)
3. Discrete (richiede assistenza in qualche ADL)
4. Buone (abile nelle ADL)

Stato mentale: Valutare la capacità di rispondere alle domande relative al tempo, spazio e persone

1. Comatoso (risposta lenta o assente)
2. Confuso (Poco orientato nel tempo e nello spazio, risposta non precisa)
3. Apatico (necessita la ripetizione delle domande)
4. Lucido e orientato (orientato nel tempo e nello spazio, risposta rapida)

Attività e deambulazione: Valutare la capacità di camminare

1. Costretto a letto
2. Costretto su sedia (si muove e si sposta solo su sedia)
3. Cammina con aiuto (necessita l'aiuto di persone)
4. Autonomo (eventuale uso di presidi)

Mobilità: Valutare la capacità di controllare ed effettuare il movimento del corpo o parte di esso

1. Immobile (richiede totale assistenza nei movimenti delle estremità)
2. Molto limitata (richiede assistenza nei movimenti degli arti)
3. Poco limitata (usa e controlla gli arti con minima assistenza)
4. Completa (muove e controlla gli arti)

Incontinenza: Valutare la capacità di controllare l'eliminazione urinaria.

1. Doppia (totale incontinenza urinaria e fecale)
2. Abituale (incontinenza urinaria)
3. Occasionale (incontinenza occasionale, minore di 2 volte/die)
4. Assente (non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere)

Ogni item è valutato da 1 a 4 secondo un livello di dipendenza decrescente Il punteggio di massima indipendenza è uguale a 20. Il punteggio di massima dipendenza è uguale a 5 Il rischio è considerato presente a partire da un punteggio di 14; elevato a partire da 12; molto elevato a partire da 10.

PUNTEGGIO _____ DATA _____ FIRMA _____