

**Modulistica per la valutazione multidimensionale
del paziente con dimissione complessa**

Zona /distretto_____

Ospedale_____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

Ospedale/Struttura/: _____

Tipo Struttura: ☐ Pubblica ☐ Privata Convenzionata ☐ Privata non Convenzionata

Data (gg/mm/aaaa)

Operatore

Recapiti inviante : indirizzo e.mail (preferibilmente di struttura) _____
Telefono inviante _____

SCHEDA CLINICA 1 di 4

UTENTE

Cognome

Nome

Data di nascita

Comune nasc.

Provincia

Domicilio

Comune

Provincia

Familiare

Tel. cell.

Familiare

Tel. cell.

Motivazione clinica per cui è richiesto l'intervento: _____

Data di dimissione prevista ____/____/____ Durata prevista dell'intervento (gg) _____

Diagnosi di ammissione

Diagnosi principale – ICD9

Descrizione _____

Diagnosi secondaria – ICD9

Descrizione _____

Diagnosi per la segnalazione al Coordinamento Dimissioni Complesse

Diagnosi principale – ICD9

Descrizione _____

Diagnosi secondaria – ICD9

Descrizione _____

Nominativo e qualifica compilatore:



Regione Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana

Zona /distretto_____

Ospedale_____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

Questa sezione concorre alla pesatura dell'intervento integrativo domiciliare (c) (e)

SCHEDA CLINICA 2 di 4

Necessita di riabilitazione?

☐ SI (e)

☐ NO (c)

Se si è risposto **NO** alla necessità di riabilitazione, compilare la parte seguente

Necessità di assistenza medica?

- ☐ Si necessita di assistenza medica sulle 24 ore con osservazione medica almeno 2 volte nelle 24 ore (Descrivere nelle note le condizioni cliniche che richiedono un'assistenza medica sulle 24h)
- ☐ Si, assistenza medica continuativa in orario diurno (SCALA NEW <=3)
- ☐ Si, assistenza medica continuativa (SCALA NEW <=1)
- ☐ No

Necessita di riattivazione funzionale?

Il paziente prima dell'evento era in grado di camminare, anche con ausilio, in ambito domestico

☐ SI (c)

☐ NO

Se si è risposto **SI** alla necessità di riabilitazione compilare la seguente parte e la **scheda clinica 3/4**

Tipo di riabilitazione:

☐ Neurologica

☐ Ortopedica

Condizioni di instabilità presenti nel corso del ricovero

(Condizioni di instabilità che impediscono la riabilitazione finché non sono risolte e che, anche se risolte, condizionano il regime di erogazione della riabilitazione. In caso di presenza delle condizioni non risolte alla dimissione non è possibile trasferire il paziente in riabilitazione)

- ☐ Angina instabile
- ☐ Infarto miocardico recente (< 7 gg)
- ☐ Embolia polmonare *
- ☐ Tachicardia
- ☐ Bradicardia
- ☐ PA sistolica > 180 mmHg e diastolica >105 mmHg
- ☐ Insufficienza cardiaca NYHA > 2** (>85 anni)
- ☐ Insufficienza respiratoria PaO₂ < 60 mmHg e/o Pa CO₂ > 50 mmHg
- ☐ TVP in atto
- ☐ Disturbo di coscienza: coma, sopore
- ☐ Malattia sistemica in fase acuta nella quale è indicato il riposo assoluto

☐ **Assenza delle condizioni sopra elencate**

Condizioni stabilizzate?

☐ SI

☐ NO

Se **SI** Stabilizzato dal _____



Regione Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa****SCHEDA CLINICA 3 di 4****Criterio anamnestico**

ATTENZIONE: La selezione di una o più delle voci seguenti esclude la riabilitazione intensiva e pertanto comporta la selezione del **NO** nella precedente sezione “Necessita di riabilitazione?”

- ☐ Disabilità cognitiva pregressa (Pfeiffer>7) che impedisce riabilitazione intensiva
- ☐ Disabilità funz. pregressa che impedisce la riab. intensiva (Barthel anamnestica modif. orientante <50)
- ☐ Anamnesi per lesioni cerebrali >2 lobi preesistenti all'evento del ricovero

Criterio clinico**Parte1: Compilare se non viene compilato nessuno dei riferimenti del campo anamnestico**

- ☐ Paziente con necessità di assistenza medica continuativa 24h *Descrivere nelle note le condizioni cliniche che richiedono un'assistenza medica sulle 24H*
- ☐ Paziente con condizioni di instabilità clinica durante il ricovero – ora stabilizzato
- ☐ Paziente che alla dimissione non necessita di assistenza med. continuat. 24h (Barthel anamnestica modif. tra 50 e 75)
- ☐ Paziente che alla dimissione non necessita di assistenza med. continuat. 24h (Barthel anamnestica modif. > 75)

Parte2: Informazioni aggiuntive da compilare se presenti

- ☐ Nessuna informazione
- ☐ Paziente con disabilità minime (Barthel anamnestica modif. > 75 alla dimissione) che non richiedono riabilitazione di tipo intensivo
- ☐ Paziente con indicazione di procrastinazione del carico e/o intervento agli arti superiori con procrastinazione della mobilizzazione
- ☐ Paziente con frattura del femore non operata
- ☐ Paziente con patologia in fase terminale

Note:



Zona /distretto_____

Ospedale_____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

SCHEDA INFEZIONI

SCHEDA CLINICA 4 di 4

Presenza di infezioni

- | | |
|---|---|
| ☐ Paziente Colonizzato | ☐ Paziente infetto |
| ☐ Assenza d'infezioni | ☐ Paziente colonizzato infetto |

Data esordio o positività del campione ____/____/____

- ☐ Clostridium Difficile
- ☐ Enterococcus faecalis e faecium Vancomicina resistenti (VRE)
- ☐ Staphylococcus Aureus resistente ai glicopeptidi (Vancomicina, Teicoplanina)
- ☐ Pseudomonas Aeruginosa con fenotipo R estesa (sensibile solo Colistina o Colistina e Amikacina)
- ☐ Acinetobacter baumannii resistenti ai Carbapenemi (Imipenem e/o Meropenem)
- ☐ Klebsiella pneumoniae resistente ai Carbapenemi (Imipenem e/o Meropenem e/o Erbapenem)
- ☐ Escherichia coli resistente ai Carbapenemi (Imipenem e/o Meropenem e/o Erbapenem)
- ☐ Stenotrophomonas maltophilia resistente al Cotrimossazolo
- ☐ Altro, specificare nell'area sottostante:

Note:

Data compilazione:

Medico Compilante:



Regione Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana

Zona /distretto_____

Ospedale_____

Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa

SCHEMA INFERMIERISTICA

N.B. Indicare esclusivamente le prestazioni di cui il paziente avrà bisogno **dopo la dimissione** che **non possono** essere garantite dal **paziente stesso**, dai familiari o da **chi** per loro **assiste** il congiunto.

Legenda

Mese: N° di prestazioni al mese

Sett: N° di prestazioni alla settimana

Giorno: N° di prestazioni al giorno

Questa sezione concorre alla pesatura dell'intervento integrativo domiciliare (b) (d)

	Prestazione	N° prestazioni al		
		Mese	Sett	Giorno
b	Funzione educativa all'utente /caregiver			
b	Medicazione semplice			
	Medicazione complessa			
	Bendaggio elastocompressivo semplice			
	Bendaggio multistrato			
d	Terapia EV			
	Prelievo venoso			
	Test rapido glicemia			
	Prelievo materiale biologico			
	Cambio catetere vescicale			
	Rimozione catetere vescicale			
d	Cateterismo vescicale femminile (intermittenza)			
d	Cateterismo vescicale maschile (intermittenza)			
	Clisma evacuativo			
	Svuotamento manuale			
	Rilevazione parametri vitali			
d	Gestione stomie			
	Cambio sondino Naso Gastrico			
	Rimozione sondino Naso Gastrico			
	Medicazione CVC campo sterile			
	Cambio ago di Hubert			
	Ventilazione meccanica assistita			
	Ventilazione meccanica controllata			
	Nutrizione Artificiale Domiciliare			

Necessita di prestazione infermieristica notturna

☐ SI☐ NOSe **SI** specificare:

Data:

Compilatore:



Regione Toscana

Servizio
Sanitario
della
Toscana

Zona /distretto_____

Ospedale_____

Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa

SCHEMA SOCIALE

Condizione socio – abitativa

Vive solo senza alcun sostegno

☐ SI☐ NO

**Vive con
convivente non
idoneo**

- ☐ grande anziano > 85 anni
- ☐ per handicap
- ☐ a sostenere il bisogno assistenziale
- ☐ per gravi problemi socio sanitari
- ☐ per grave relazione conflittuale con il convivente
- ☐ per elevato stress del caregiver

**Vive solo/presenza
di familiari non
idonei**

- ☐ familiare fuori sede
- ☐ familiare con handicap
- ☐ a sostenere il bisogno assistenziale
- ☐ per gravi problemi socio sanitari
- ☐ familiari non idonei, temporaneamente in attesa di organizzazione assistenziale adeguata
- ☐ per elevato stress del caregiver

**Condizione
abitativa
inadeguata**

- ☐ case isolate
- ☐ barriere architettoniche in relazione alle condizioni funzionali valutate dal fisioterapista
- ☐ servizi igienici inadeguati / inesistenti
- ☐ micro clima inadeguato

Se esiste una positività ad una o più delle condizioni sopraelencate, allora non è necessario compilare la sezione prestazioni

Questa sezione concorre alla pesatura dell'intervento integrativo domiciliare (a)

a	Sezione prestazioni			
	Prestazione	Mese	Sett	Giorno
	Alzare e vestire			
	Igiene della persona			
	Bagno assistito			
	Posizionamento			
	Preparazione e somm.ne pasto completo			
	Pulizia alloggio e manutenzione biancheria			

Legenda:

Mese: Numero di prestazioni al mese
Sett: Numero di prestazioni alla settimana

Giorno: Numero di prestazioni al giorno

N.B. Indicare esclusivamente le prestazioni di cui il paziente avrà bisogno dopo la dimissione che non possono essere garantite dal paziente stesso, dai familiari o da chi per loro assiste il congiunto.

Note:

Data:

Compilatore:



Regione Toscana



**Servizio
Sanitario
della
Toscana**

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

SCHEDA FUNZIONALE 1 di 2

Test di Pfeiffer

	SI	NO
1. Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno)	☐	☐
2. Che giorno della settimana	☐	☐
3. Qual è il nome di questo posto	☐	☐
4. Qual è il suo numero di telefono	☐	☐
4a. Qual è il suo indirizzo	☐	☐
5. Quanti anni ha	☐	☐
6. Quando è nato	☐	☐
7. Chi è il presidente della repubblica	☐	☐
8. Chi era il presidente precedente	☐	☐
9. Qual era il cognome di sua madre da ragazza	☐	☐
10. Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo	☐	☐

Totale errori /10

Linguaggio

- ☐ Nessuna compromissione
- ☐ Possibile con ausilio
- ☐ Compromissione recettiva
- ☐ Compromissione espressiva
- ☐ Compromissione globale

Sezione mobilità

Girarsi nel letto

- ☐ Autonomo
- ☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
- ☐ Con poco aiuto
- ☐ Con molto aiuto
- ☐ Non possibile

Da supino a seduto bordo letto

- ☐ Autonomo
- ☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
- ☐ Con poco aiuto
- ☐ Con molto aiuto
- ☐ Non possibile

Equilibrio seduto senza sostegno
del tronco, piedi sospesi

- ☐ Autonomo, sicuro senza appoggio
- ☐ Sicuro con appoggio
- ☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
- ☐ Con aiuto
- ☐ Non possibile



Zona /distretto_____

Ospedale_____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

SCHEDA FUNZIONALE 2 di 2

Da seduto a in piedi

- ☐ Autonomo
☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
☐ Con poco aiuto
☐ Con molto aiuto
☐ Non possibile

In piedi

- ☐ Autonomo, sicuro senza appoggio
☐ Autonomo, sicuro con appoggio
☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
☐ Con aiuto
☐ Con massimo aiuto o Non possibile

Note:

Scala Barthel Modificata	Anamnestica	Ammissione (T1)	Dimissione (T2)	Valori Accettati
Igiene Personale				0 1 3 4 5
Fare il Bagno				0 1 3 4 5
Mangiare				0 2 5 8 10
Usare il W.C.				0 2 5 8 10
Fare le scale				0 2 5 8 10
Vestirsi				0 2 5 8 10
Controllo urine				0 2 5 8 10
Controllo alvo				0 2 5 8 10
Camminare				0 3 8 12 15
Carrozzina (da compilare in alternativa al campo precedente)				0 1 3 4 5
Trasferimenti				0 3 8 12 15

Note:

Data:

Compilatore:



Regione Toscana



**Servizio
Sanitario
della
Toscana**

Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa

PESATURA INTERVENTI INTEGRATIVI DOMICILIARI

In sede di valutazione multidimensionale questa modulistica contribuisce alla definizione e pesatura degli eventuali interventi a carattere socio-sanitario o sanitario da assicurare in fase di dimissione .

La stabilizzazione clinica è preconditione per la dimissione al domicilio.

Gli item utilizzati per la pesatura sono identificati dalle lettere riportate nella seconda colonna della tabella sottostante.

<i>livello</i>	<i>Riferimenti presenti nella scheda di valutazione</i>	<i>descrizione interventi</i>	<i>operatore</i>
minimo	(a)	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione care giver	OSA o OSS
basso	(b)	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere
	(c)	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici , educazione del care giver	fisioterapista
medio	(b)+(d)	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice, svuotamento manuale	Infermiere
	(e)	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	fisioterapista