

Per inoltrare a Casa di Cura Ambrosiana: FAX 02.4587.6860

DOMANDA DI RICOVERO per U.O. di CURE SUBACUTE

COGNOME:		NOME:	
Nato il:		A:	
Residente a:		Via: n°	
Domiciliato a:		Via: n°	
Stato civile:		Professione:	
		Scolarità:	
Telefono:		Cellulare:	
Codice Fiscale:		Tessera Sanitaria:	
Invalidità civile		Indennità di accompagnamento	
Pensione			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In corso		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In corso (data Attivazione:)	
<input type="checkbox"/> Minima <input type="checkbox"/> Anzianità Reversibilità <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Altro			
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana		Permesso soggiorno <input type="checkbox"/> Si	
<input type="checkbox"/> Altro:.....		<input type="checkbox"/> No	
		Codice STP <input type="checkbox"/> Si	
		<input type="checkbox"/> No	
FAMILIARI O FIGURE DI RIFERIMENTO			
<input type="checkbox"/> Tutore		<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	
1	Parentela: Cognome e Nome:		
	Residente a: Via: N°		
	Telefono casa: Cellulare:		
2	Parentela: Cognome e Nome:		
	Residente a: Via: N°		
	Telefono casa: Cellulare:		
SITUAZIONE SOCIALE			
PRIMA DEL RICOVERO IL PAZIENTE VIVE o VIVEVA CON			
<input type="checkbox"/> Solo/a		<input type="checkbox"/> Con coniuge	
		<input type="checkbox"/> Con figlio/a sposato/a	
		<input type="checkbox"/> Con figlio/a non sposato/a	
<input type="checkbox"/> RSA/RSD		<input type="checkbox"/> Badante	
		<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	
Assistito al domicilio: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si da: <input type="checkbox"/> Parente <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> Altro			
Al domicilio sono presenti barriere architettoniche (gradini, ascensore non idoneo, ecc)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
ALLA DIMISSIONE DALLA NOSTRA U.O. POTRA' POTRA' RIENTRARE DOVE SI TROVAVA PRIMA DEL RICOVERO?			
<input type="checkbox"/> SI	Se non può rientrare al domicilio compilare gli item qui a fianco	<input type="checkbox"/> NO, perché:	
		
		E' già stata avviata eventuale domanda di ricovero in RSA/RSD?	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, con il seguente riscontro:
		
		E' stata fatta segnalazione al Servizio Sociale del Territorio?	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, con il seguente riscontro:
		Presa in carico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
E' stato preso in carico dal Servizio Sociale dell'Ospedale dove ora si trova?			
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, con il seguente riscontro:		
.....			
COMPILATORE DELLA SITUAZIONE SOCIALE			
Qualifica (paziente, familiare, ass soc, ecc)	Cognome e Nome (e Firma)	Telefono	Firma

QUESTIONARIO SANITARIO PER IL RICOVERO IN U.O. di CURE SUBACUTE

Paziente..... Et .....

Codice Fiscale.....

Motivo della richiesta di ricovero:

.....
.....

Provenienza del Paziente:

- Trasferito da ospedale pubblico:
- Trasferito da Casa di Cura/Clinica privata:
- Inviato dal medico di base:
- Altro:

Obiettivi del regime subacuto

- Garantire il completamento del processo di guarigione.
- Gestire le comorbilit .
- Ripristinare le normali attivit  quotidiane (nella maggior parte dei casi durante la degenza in UO per acuti il paziente   stato allettato).
- Evitare le ricadute ed evitare, soprattutto in caso di patologie croniche, precoci riacutizzazioni e quindi precoci e ulteriori ospedalizzazioni o accessi al PS.
- Permettere un sicuro rientro al domicilio con un programma di follow-up definito (domiciliare o ambulatoriale).
- Fornire al paziente e al caregiver gli strumenti per la gestione della cronicit  a domicilio.

Le condizioni cliniche del paziente richiedono

- Coordinamento medico continuo con la necessit  di un significativo numero di accessi del medico e dell'infermiere.
- Assistenza infermieristica.
- Sulla base della necessit  dei pazienti, l'eventuale supporto di servizi intermedi quali il laboratorio analisi e la radiodiagnostica.
- Un approccio multi professionale e multidisciplinare fortemente orientato al risultato.

Criteri di accesso alle cure sub-acute

- Diagnosi accertata:
- Comorbilit :
 - 1.....4.....
 - 2.....5.....
 - 3.....6.....
- Processo di stabilizzazione non ancora consolidato dei parametri vitali.
- Necessit  di proseguire cure in fase sub-acuta con esigenza di stretto follow-up e completamento processo di guarigione.
- Fase di instabilit  clinica a carico di pazienti affetti da patologia cronica.

Criteria di sufficiente stabilizzazione clinica per il trasferimento in UO di Cure Subacute

- Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi ipertensive, non aritmie “minacciose” o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive).
- Respiro autonomo da più di 48 ore (anche se con ossigenoterapia) con SaO₂ superiore a 95%, pO₂ >60 mmHg, pCO₂ non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO₂ >90%. La presenza di cannula tracheotomia non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP).
- Non insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete scompensato) o multiorgano.
- Assenza di stato settico, definito come: *risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:*
 - Temperatura corporea >38° C o <36 °C
 - Frequenza cardiaca >90
 - Frequenza respiratoria >20 atti/min o pCO₂ <32mmHg
 - Globuli bianchi > 12.000/mm³ o <40003 o < 10% di cellule immature
- Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG).
- Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi chirurgici.

CRITERI DI ESCLUSIONE/INCLUSIONE	Esclusione	Inclusione
	Crociare le caselle sottostanti che corrispondono alla risposta	
Il paziente è oncologico terminale?	SI	NO
Il paziente è psichiatrico non controllo dalla terapia?	SI	NO

BISOGNI ASSISTENZIALI	PUNTEGGIO
1) Funzione cardiocircolatoria	
Senza aiuto/sorveglianza	1
Parametri <3 rilevazioni die	2
Parametri >3 rilevazioni die	3
Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2
Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3
Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4
Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3
Quantità urine	2
2) Funzione respiratoria	
Senza aiuto/sorveglianza	1
Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2
Dispnea da sforzo grave	3
Dispnea a riposo	4
Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4
Tosse acuta/cronica	3
Parametri <3 rilevazioni die	2
Parametri >3 rilevazioni die	3
Ossigenoterapia	3
Necessità di ventiloterapia notturna	3
Presenza di tracheostomia	4
Terapia con nebulizzazioni	3
3) Medicazioni	
Assenza di medicazioni	1
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 – 2)	2
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4
Ferita chirurgica non complicata	2
Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3
Moncone di amputazione da medicare	3
Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3
Stomia recente da medicare	3
Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4
4) Alimentazione ed idratazione	
Senza aiuto/sorveglianza	1
Prescrizione dietetica	2
Necessità di aiuto per azioni complesse	2
Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
Presenza di disfagia lieve	3
Presenza di disfagia moderata-severa	4
Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
5) Eliminazione	
Senza aiuto/sorveglianza	1
Monitoraggio alvo	2
Necessità di clisma	3
Necessità di essere accompagnato al WC	3
Gestione della stomia	3
Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2
Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)	3
Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3

6) Igiene ed abbigliamento	
Senza aiuto/sorveglianza	1
Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
7) Movimento	
Senza aiuto/sorveglianza	1
Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2
Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
Necessità di utilizzare sollevatore	4
Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
8) Riposo e sonno	
Senza aiuto/sorveglianza	1
Sonno indotto con farmaci	2
Disturbi del sonno	3
Agitazione notturna costante	4
9) Sensorio e Comunicazione	
Senza aiuto/sorveglianza	1
Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
Deficit cognitivo lieve	2
Deficit cognitivo moderato	3
Deficit cognitivo grave	4
Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
10) Ambiente sicuro/situazione sociale	
Senza aiuto/sorveglianza	1
Apparecchi medicali dal domicilio	2
Rischio caduta medio-alto	4
Uso di mezzi di protezione	4
Attivazione assistente sociale	3
Educazione sanitaria del care-giver	2
Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3
11) Terapie	
Assenza di terapia	1
Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2
Terapia più di 2 volte die	3
Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1 v/die	2
Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3
Antibiotico in infusione continua	3
Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4
Nutrizione parenterale totale	3
12) Altri bisogni clinici	
Assenza di altri bisogni clinici	1
Monitoraggio settimanale ematochimici	2
Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
Necessità di consulenze specialistiche	3
Necessità di follow-up strumentale	3
Necessità di fisioterapia di gruppo	2
Necessità di fisioterapia individuale	3
Comorbidità lieve (CIRS-C <3)	2
Comorbidità severa (CIRS-C ≥ 3)	3
Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

INDICE DI INTENSITA' ASSISTENZIALE (IIA)				
ISTRUZIONI				
Per ognuno dei dodici bisogni assistenziali inserire una X nella casella in corrispondenza del valore attribuito (da 1 a 4). Se in un bisogno sono stati scelti più items, inserire quello con valore più alto.				
	1	2	3	4
1 - FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA				
2 - FUNZIONE RESPIRATORIA				
3 - MEDICAZIONI				
4 - ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE				
5 - ELIMINAZIONE				
6 - IGIENE E ABBIGLIAMENTO				
7 - MOVIMENTO				
8 - RIPOSO E SONNO				
9 - SENSORIO E COMUNICAZIONE				
10 - AMBIENTE SICURO - SITUAZIONE SOCIALE				
11 - TERAPIE				
12 - ALTRI BISOGNI CLINICI				
Sommare le X in corrispondenza di ogni colonna:				
INDICE DI INTENSITA' ASSISTENZIALE				
(E' il valore assegnato con maggiore frequenza. Nel caso vi sia un risultato di parità nella frequenza dei valori assegnati, riportare il valore più alto)				

L'Indice di Intensità Assistenziale (IIA) che si ottiene utilizzando la scheda determina il grado di dipendenza del paziente:

- IIA = 1: La persona è autonoma nel soddisfacimento del bisogno. Intensità assistenziale bassa.
- IIA = 2: Dipendenza minima della persona. Intensità assistenziale medio bassa.
- IIA = 3: Dipendenza elevata della persona. Intensità assistenziale medio alta.
- IIA = 4: Forte grado di dipendenza o dipendenza totale. Intensità assistenziale alta.

La presente domanda di ricovero è stata proposta dal Medico		
Cognome e Nome	Firma e Timbro	Data
La domanda di ricovero è stata valutata:	<input type="checkbox"/> Idonea <input type="checkbox"/> Non idonea <input type="checkbox"/> Altro	
Medico che ha valutato la domanda di ricovero		
Cognome e Nome	Firma e Timbro	Data