

**AMBITO TERRITORIALE VALLE SERIANA  
AREA ANZIANI  
RICOVERI IN R.S.A.**

**SCHEDA SANITARIA**

**(A cura del Medico di Medicina Generale o della Struttura Ospitante)**

Sig./ra .....luogo e data di nascita .....

Residente ..... Via .....N. Tessera Sanitaria.....

Peso ..... Altezza .....

**ANAMNESI**.....

.....  
.....  
.....

**RICOVERI OSPEDALIERI** .....

.....  
.....  
.....

**SITUAZIONE CLINICA ATTUALE** .....

.....  
.....  
.....

**COMPENSO CARDIO-CIRCOLATORIO E CIRCOLATORIO**

Soddisfacente                       In equilibrio farmacologico                       Scompensato

**ASPETTI SENSORIALI**

**Vista:**     Buona     Media     Bassa     Porta occhiali :     da vista     per lettura

**Udito:**     Buono     Medio     Basso     Porta apparecchio acustico

**Comunicazione:**     parla normalmente                       si esprime con difficoltà

comprende normalmente     comprende con difficoltà     non comunica intenzionalmente

**CONDIZIONI PSICHICHE**

- Lucide
- Persistente disorientamento
- Inversione del ritmo sonno veglia
- Fasi di confusione e disorientamento
- Fasi di agitazione psicomotoria
- Altro .....

**REATTIVITA' EMOTIVA**

- Collaborante
- Stato ansioso
- Estraniato/a dal mondo circostante
- Agitazione con spunti aggressivi
- Depressione
- .....

**ALIMENTAZIONE**

- Autonoma
- Alimentazione artificiale (PEG)
- Con necessità di piccolo aiuto
- altro.....
- Necessità di imboccamento

**STATO METABOLICO NUTRIZIONALE**

- Soddisfacente
- In equilibrio farmacologico
- Carente apporto nutrizionale
- Scompensato

**NECESSITA' DI DIETE PARTICOLARI**

.....

.....

**ALLERGIE NOTE E/O INTOLLERANZA VERSO I SEGUENTI PRODOTTI**

.....

.....

**INCONTINENZA**

- Urinaria**       Assente       Occasionale       Abituale       Catetere
- Fecale**       Assente       Occasionale       Abituale

**DEAMBULAZIONE**

- Cammina da solo/a
- Allettato
- Cammina con l'aiuto di.....
- Altro .....
- Si sposta in carrozzella

**PIAGHE DA DECUBITO**

- Assenti     Iniziali     Gravi     Multiple     Altro .....
- Localizzazione .....

**E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE IN ATTO E PUO' VIVERE IN COMUNITA'?**

SI  NO (specificare).....

**INTOLLERANZA AI SEGUENTI FARMACI**

.....  
.....  
.....

**TERAPIA IN ATTO**

.....  
.....  
.....

**PROPOSTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO (Valenza sanitaria dell'inserimento con riferimento all'autonomia reale o potenzialmente recuperabile del soggetto)**

.....  
.....  
.....  
.....

**Eventuali indicazioni del Medico curante in ordine alla struttura del ricovero**

.....  
.....

**NOTE AGGIUNTIVE**

.....  
.....

**Data**

**Timbro e firma del medico**

.....

.....

**Allegare alla presente scheda sanitaria:**

- scheda CIRS e scheda PSMS (da compilare a cura del MMG);
- gli ultimi esami ematochimici e indagini strumentali oltre a eventuali documentazioni cliniche relative alla patologia di cui l'anziano è affetto.

L'Ente si riserva la facoltà di dimettere l'ospite qualora i certificati medici prodotti a corredo della domanda o la scheda sanitaria abbiano taciuto l'esistenza di rilevanti malattie o infezioni dello stesso.

**A cura del MMG (da allegare alla scheda sanitaria)**

**Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)**

Adattato da Lawton MP and Brody EM

<p><b>Funzioni Corporali</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Provvede autonomamente alle evacuazioni, senza incontinenza.</li> <li>2. Gli si deve ricordare di farlo o ha bisogno di aiuto per pulirsi o ha rari (massimo una volta la settimana) inconvenienti.</li> <li>3. Defecazione o minzione involontarie durante il sonno più di una volta la settimana.</li> <li>4. Defecazione o minzione involontarie da sveglio più di una volta la settimana.</li> <li>5. Nessun controllo dell'intestino o della vescica.</li> </ol>
<p><b>Alimentazione</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mangia senza bisogno di aiuto.</li> <li>2. Gli basta una minima assistenza ai pasti e/o necessita di una preparazione speciale del cibo o di aiuto nel ripulirsi dopo i pasti.</li> <li>3. Mangia da solo ma richiede una modesta assistenza e tende a sporcare.</li> <li>4. Richiede un'assistenza impegnativa a tutti i pasti.</li> <li>5. Da solo non mangia e oppone resistenza agli sforzi degli altri per somministrargli il cibo.</li> </ol>
<p><b>Vestirsi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si veste e sveste, scegliendo i capi dal proprio guardaroba.</li> <li>2. Si veste e sveste da solo richiedendo soltanto una minima assistenza.</li> <li>3. Richiede una limitata assistenza per vestirsi e scegliere i capi.</li> <li>4. Necessita di un'assistenza impegnativa per vestirsi, ma collabora agli sforzi degli altri per aiutarlo.</li> <li>5. Completamente incapace di vestirsi e oppone resistenza agli sforzi degli altri per aiutarlo.</li> </ol>
<p><b>Tenersi in ordine</b> (capelli, unghie, mani, viso, vestiti, accuratezza dell'aspetto generale)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. E' sempre vestito in modo ordinato ed ha cura di sè senza bisogno di assistenza.</li> <li>2. Si tiene in ordine da solo in modo appropriato, richiedendo solo occasionalmente un aiuto, ad esempio per farsi la barba.</li> <li>3. Ha bisogno di modesta ma regolare assistenza o supervisione per tenersi in ordine.</li> <li>4. <b>Necessita di un'assistenza totale per la cura della propria persona, ma può restare in ordine dopo essere stato aiutato dagli altri.</b></li> <li>5. Si oppone attivamente a qualsiasi sforzo da parte degli altri per tenerlo in ordine.</li> </ol>
<p><b>Mobilità fisica</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Passeggia da solo sia in campagna che in città.</li> <li>2. Passeggia per la casa o arriva fino a un isolato di distanza da casa.</li> <li>3. Cammina con l'assistenza di (<i>barrare una delle alternative</i>) a ( ) un'altra persona      b ( ) ringhiera      c ( ) bastone      d ( ) girello e ( ) carrozzina - si siede e si alza senza aver bisogno di aiuto f ( ) carrozzina - necessita di aiuto per sedersi e alzarsi.</li> <li>4. Si siede senza sostegno sulla sedia o sulla carrozzina, ma non riesce a spostarsi senza aiuto.</li> <li>5. E' costretto a letto per più della metà del tempo.</li> </ol>
<p><b>Lavarsi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fa da solo il bagno (vasca, doccia, spugnature) senza bisogno di aiuto.</li> <li>2. Fa il bagno da solo ma deve essere aiutato a entrare e uscire dalla vasca.</li> <li>3. Si lava solo viso e mani, ma non riesce a lavare il resto del corpo.</li> <li>4. Non riesce a lavarsi da solo ma collabora con chi gli fa il bagno.</li> <li>5. Non cerca di lavarsi e si oppone agli sforzi degli altri per tenerlo pulito.</li> </ol>

## A cura del MMG (da allegare alla scheda sanitaria)

### Indice di Comorbidità (CIRS)

(Palmalee P.A., Thuras P.D., Katz I.R., Lawton M.P.: *Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population*. J. Am Geriatr. Soc. 1995; 43:130-137)

#### Legenda:

- 1- **Nessuna menomazione**
- 2- **Menomazione lieve:** non interferisce con le normali attività; trattamento facoltativo; prognosi eccellente (ad es. lesioni dermatologiche, ernie, emorroidi)
- 3- **Menomazione Moderata:** interferisce con le normali attività; trattamento necessario; prognosi buona (ad es. colelitiasi, diabete o fratture trattabili)
- 4- **Menomazione Grave:** è invalidante; trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata (ad es. carcinoma operabile, enfisema polm., insuff. cardiaca conges.)
- 5- **Menomazione Molto Grave:** può essere letale; trattamento di emergenza o inefficace; prognosi grave (ad es. infarto miocardio, ictus, emorragie digestive, embolia)

#### Si prega di specificare la diagnosi

##### **Patologie Cardiache** (solo cuore)

###### **Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

##### **Ipertensione** (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)

###### **Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

##### **Apparato vascolare** (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)

###### **Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

##### **Apparato respiratorio** (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)

###### **Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

##### **Occhi / O.R.L.** (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)

###### **Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

##### **Apparato digerente tratto superiore** (esofago, stomaco, vie biliari-epato-pancreatiche; escluso diabete)

###### **Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

**Apparato digerente tratto inferiore** (*intestino, ernie*)

**Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

**Fegato**

**Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

**Rene**

**Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

**Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie** (*mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali*)

**Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

**Apparato Muscolo-Scheletro e Cute** (*muscoli, scheletro, tegumenti*)

**Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

**Patologie sistema nervoso** (*sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza*)

**Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

**Patologie sistema Endocrino-Metabolico** (*include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici*)

**Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

**Stato mentale e comportamentale** (*include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi*)

**Diagnosi**

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Altro:

## Valutazione assistenziale

### Stato di coscienza

- Vigile                       Confuso                       Soporoso                       Coma

### Gestione Incontinenza

- Pannolone                       CVP                       Ano Artificiale  
 Urostomia

### Gestione Diabete

- Dieta                       Antidiabetici orali                       Insulina

### Alimentazione Artificiale

- Sondino N.G.                       P.E.G.                       Parenterale Tot.

### Insufficienza Respiratoria

- O<sub>2</sub> x 6 ore                       O<sub>2</sub> costante                       Ventilaz. Artificiale  
 Tracheotomia

### Dialisi

- Peritoneale                       Emodialisi

### Gestione terapia

- Autonoma                       Assistita

### Decubito in atto

- Sede unica                       Sede multipla

### Grado decubito principale

- 1°                       2°                       3°                       4°

Sede della lesione principale \_\_\_\_\_

Sede secondarie \_\_\_\_\_

### Vaccinazioni

- Antiinfluenzale                       Antipneumococcica                       Antitetanica

Data:.....                      Data:.....                      Data:.....

## Terapia

Farmaco	Quantità	Orario

***Si precisa inoltre che è esente da malattie infettive e può vivere in comunità.***

Vi informiamo che il trattamento dei Vostri dati è da noi eseguito nel rispetto del D.Lgs.196/03 sulla Privacy. In relazione a tale trattamento potrete esercitare tutti i diritti di cui all'art.7, contattandoci agli usuali recapiti.

Luogo e Data.....

**A cura del MMG o Struttura Ospitante  
(timbro e firma)**