

Inviare a: segreteria@odc-raphael.it**DATI PAZIENTE**

COGNOME	_____	
NOME	_____	
DATA DI NASCITA	___/___/_____ LUOGO DI NASCITA	
SESSO	M	F
CODICE FISCALE	_____	
COMUNE DI RESIDENZA	_____ PROVINCIA	

PROVENIENZA

<input type="checkbox"/> REPARTO OSPEDALIERO	_____
	<i>(indicare reparto e struttura)</i>
<input type="checkbox"/> DOMICILIO	_____
<input type="checkbox"/> COT	_____
<input type="checkbox"/> ALTRO	_____

MEDICO PROPONENTE

MEDICO PROPONENTE	_____
TELEFONO	_____ TELEFONO 2
INDIRIZZO MAIL	_____

CAREGIVER DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME	_____
GRADO DI PARENTELA	_____
TELEFONO	_____ TELEFONO 2

DIAGNOSI

DIAGNOSI PRINCIPALE _____

DIAGNOSI SECONDARIA _____

BISOGNO ASSISTENZIALE		PUNTEGGIO	MEDICO	INFERMIERE
1	<i>Funzione cardiocircolatoria</i>			
	Senza aiuto / sorveglianza	1		
	Parametri <3 rilevazioni die *	2		
	Parametri > 3 rilevazioni die *	3		
	Scopenso cardiaco classe NYHA 1-2	2		
	Scopenso cardiaco classe NYHA 3	3		
	Scopenso cardiaco classe NYHA 4	4		
	Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3		
	Quantità urine	2		
2	<i>Funzione respiratoria</i>			
	Senza aiuto / sorveglianza	1		
	Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2		
	Dispnea da sforzo grave	3		
	Dispnea a riposo	4		
	Secrezioni abbondanti da tracheoaspirare	4		
	Tosse acuta / cronica	3		
	Parametri < 3 rilevazioni die	2		
	Parametri > 3 rilevazioni die	3		
	Ossigenoterapia	3		
	Necessità di ventilazione 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 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 e 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 e abbigliamento			
	Senza aiuto / sorveglianza	1		
	Necessità di aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2		
	Necessità di 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 di aiuto costante per la deambulazione	3		
	Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3		
	Necessità di utilizzare sollevatore	4		

	Allettamento obbligatorio / immobilità nel letto	4		
8	<i>Riposo e sonno</i>			
	Senza aiuto / sorveglianza	1		
	Sonno indotto da farmaci	2		
	Disturbi del sonno	3		
	Agitazione notturna costante	4		
9	<i>Sensorio e comunicazione</i>			
	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	<i>Ambiente sicuro / situazione sociale</i>			
	Senza aiuto / sorveglianza	1		
	Apparecchi medicali a domicilio	2		
	Rischio caduta medio - alto	4		
	Uso di mezzi di protezione	4		
	Attivazione assistente sociale	3		
	Educazione sanitaria del care-giver	2		
	Pianificazione dimissioni con altre istituzioni	3		
11	<i>Terapie</i>			
	Assenza di terapia	1		
	Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2		
	Terapia più di 2 volte al die	3		
	Trattamento Infusivo (antibiotici / elettroliti ecc.) 1 v/die	2		
	Trattamento infusivo (antibiotici / elettroliti ecc.) più vv/die	3		
	Antibiotico in infusione continua	3		
	Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4		
	Nutrizione parenterale totale	3		
12	<i>Altri bisogni clinici</i>			
	Assenza di altri bisogni clinici	1		
	Monitoraggio settimanale ematochimici	2		
	Monitoraggio plurisetimanale ematochimici	3		
	Necessità di consulenze specialistiche	3		
	Necessità di follow-up strumentale	3		
	Necessità di fisioterapia di gruppo	2		

	Necessità di fisioterapia individuale	3		
	Comorbilità lieve (CIRS-C < 3)	2		
	Comorbilità lieve (CIRS-C > 3)	3		
	Necessità di educazione sanitaria del paziente	2		

LEGENDA

* Parametri vitali: PA, FC, FR, TC, SAT O₂, DOLORE

** CVC, CVP, ecc..

SCHEDA RIASSUNTIVA

Viene assegnato il valore più alto per ogni bisogno assistenziale ed il valore assegnato con maggiore frequenza costituisce l'indice di intensità assistenziale.

Nel caso vi sia un risultato di parità tra i valori attribuiti si assegna il valore più alto.

VALUTAZIONE INDICE INTENSITA' ASSISTENZIALE					
	INDICATORE - BISOGNO	1	2	3	4
1	Funzione cardiocircolatoria				
2	Funzione respiratoria				
3	Medicazioni				
4	Alimentazione ed 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 bisogno clinici				

NOTE

<hr/> <hr/> <hr/>

Allegare scheda terapia in atto.

*Timbro e firma
Medico inviante*

Rev.	Emissione	CODICE	Pagina
0	01/07/2024	MOD79	5 di 7

SCALA NEWS SCORE

Tabella 1

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤ 8		9-11	12-20		20-24	≥ 25
Saturazione d'ossigeno	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Ossigeno supplementare		SI		NO			
Temperatura corporea	≤ 35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥ 39,1	
Pressione sistolica	≤ 90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥ 220
Frequenza Cardiaca	≤ 40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥ 131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale dolore provocato coma

Tabella 2

PUNTEGGIO NEWS	FREQUENZA DEL MONITORAGGIO	RISPOSTA CLINICA
0	Minimo ogni 12 ore	Continuare l'uso della carta NEWS
Totale: 1-4	Minimo ogni 4-6 ore	Allertare il personale infermieristico direttamente responsabile del paziente. Il personale decide il livello di allerta necessario.
Totale: ≥ 5	Almeno ogni ora	L'infermiere informa il team medico. Il medico responsabile valuta urgentemente il paziente. Il livello assistenziale deve essere adeguato alla gravità clinica.
3 in un solo parametro		
Totale: ≥ 7	Monitoraggio continuo	L'infermiere chiama in emergenza il team medico. Il team medico provvede alle cure ed eventualmente chiama lo specialista. Viene preso in considerazione il trasferimento in un reparto subintensivo o intensivo.

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

Pazienti provenienti dal domicilio in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- ✓ pazienti che, per riacutizzazione di una patologia già nota, necessitano di un periodo di monitoraggio e sorveglianza sanitaria in preparazione di un più adeguato setting domiciliare che richiede educazione ed addestramento del paziente e del caregiver nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi;
- ✓ programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal MMG/UCA o UVM;
- ✓ intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- ✓ assenza di instabilità clinica (NEWS2 o altra scala validata di valutazione di stabilità clinica);
- ✓ consenso informato del paziente.

Pazienti provenienti da struttura sanitaria per acuti o riabilitativa in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- ✓ paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- ✓ assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- ✓ intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- ✓ percorso diagnostico completato;
- ✓ prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni);
- ✓ programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- ✓ consenso informato del paziente;

CRITERI DI ESCLUSIONE

- ✓ pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2 ≥ 5 o uno dei parametri uguale 3);
- ✓ pazienti con diagnosi non ancora definita;
- ✓ paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale > 3 ;
- ✓ pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;
- ✓ pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- ✓ pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.)
- ✓ presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- ✓ pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- ✓ sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- ✓ pazienti pediatrici.