RICHIESTA DI VALUTAZIONE DELL'UNITA' VALUTATIVA INTEGRATA PER L'AMMISSIONE NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI DEL DISTRETTO DI ANCONA (CI, RSA, RP)

Data …….

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa……..

☐ MEDICO DI MEDICINA GENERALE [**tel**……..……]

☐ DIRIGENTE MEDICO U.O. OSPEDALE ……..……..[**tel**……..……]

Richiede la valutazione UVI per:

Cognome e Nome…….

nato il ……. città …… prov.(……..)

residenza…….. Tel……..

Referente (cognome, nome, qualifica)…… Tel……..

L' utente è attualmente assistito :

☐ a domicilio ☐ in ospedale *dal…….……presso*……..……..……

☐ in *(specificare tipologia setting)*…..……..…… *dal*…….……*presso* ……..……..……

REQUISITI DI AMMISSIONE IN STRUTTURA RESIDENZIALE (CI, RSA, RP)

☐Non autosufficienza
☐ Non assistibilità a domicilio
☐ Presenza di disabilità o di patologie croniche stabilizzate multiproblematiche o di esiti invalidanti (temporanei o permanenti) che necessitano di prestazioni sanitarie (assistenziali, curative e/o riabilitative) e socio-assistenziali da parte di personale qualificato_____
☐ ricovero di sollievo
☐Pazienti post-acuti o cronici riacutizzati per lo più anziani con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica.
☐ Condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento del paziente ad altro regime assistenziale e con obbiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie raggiungibili nell'arco del periodo massimo consentito per il ricovero .
☐ Pazienti adulti, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore come in un ricovero per acuti.
☐ Pazienti dimissibili dall'ospedale con malattia diagnosticata stabilizzata dal punto di vista clinico , ma che non può essere trattata in un semplice regime ambulatoriale, domiciliare o di lungo assistenza/mantenimento.
☐ Pazienti provenienti dal proprio domicilio (o strutture residenziali di bassa intensità assistenziale) con patologie tali da non poter essere seguiti adeguatamente in Cure Domiciliari Integrate
☐Pazienti vulnerabili alle complicanze post-ricovero ospedaliero, in termini di perdita dell'autonomia come conseguenza della malattia acuta (disease-related) o dell' inappropriato allettamento e della prolungata inattività fisica (disuse-related).
☐Pazienti con necessità di terapia con farmaci H, ma stabili dal punto di vista clinico.

Descrizione delle problematiche assistenziali e sanitarie attive

PAZIENTE Cognome_____ Nome_____

Data compilazione _____Firma operatore compilatore_____

Diagnosi principale.....

Diagnosi secondarie.....

.....

.....

Terapia in atto (indicare il farmaco in uso e la posologia):.....

.....

.....

Terapia del dolore.....

Farmaco con piano terapeutico.....

RESPIRAZIONE/ AUSILI	☐ Eupnea ☐ Dispnea da sforzo ☐Dispnea a riposo ☐Ossigenoterapia l/min_____ ☐Necessarie aspirazioni secrezioni ☐ Si ☐ No ☐CPAP ☐Respiratore ☐Tracheostomia (tipo_____misura_____)
ALIMENTAZIONE	☐Autonoma ☐ SNG posizionato il_____ PEG/PEG-J posizionata il_____ ☐ Parenterale
DENTATURA	☐Propria ☐protesi ☐ altro_____
DEGLUTIZIONE	☐Disfagia a solidi ☐ disfagia a liquidi ☐ deglutizione normale
DIETA	☐Dieta speciale_____ ☐Restrizione dietetiche_____
OBESITA' III CLASSE	☐ Si Peso Kg_____☐ No
ELIMINAZIONE URINARIA/AUSILI	☐Autonoma ☐ Alterazione urinaria_____ ☐catetere vescicale tipo_____Ch_____ ☐Pannolone mis._____ ☐ urocontrol ☐Stomia urinaria (tipo_____ mis._____ ☐Drenaggio_____
ELIMINAZIONE INTESTINALE/AUSILI	☐Alterazione eliminazione intestinale:_____ ☐Utilizzo lassativi o clisteri evacuativi ☐Pannolone mis_____ ☐ colonstomia /ileostomia (tipo_____misura_____) ☐Drenaggio_____
MOBILITA'	☐ Autonoma ☐ con ausili ☐ con aiuto ☐ allettato ☐ letto/poltrona ☐ postura obbligata per patologia ☐ altro
STATO NEUROPSICHICO	☐Vigile e collaborante ☐ orientato ☐ disorientato ☐ confuso ☐ deficit cognitivo ☐non risponde ☐Capacità di comprendere e comunicare informazioni ☐Disturbi comportamentali,se si quali_____
CAPACITA' SENSORIALI DI COMUNICAZIONE	☐Non disturbi ☐Disturbi del linguaggio: ☐ afasia ☐ disartria ☐ altro ☐Disturbi dell'udito ☐Disturbi della vista
PRESIDI/ DISPOSITIVI	☐ Drenaggi (tipo e sede)_____ ☐ CVP posizionato il_____ ☐ CVC in sede_____ tipo_____posizionato il_____ ☐ PICC in sede_____ tipo_____posizionato il_____ ☐ MIDLINE in sede_____ tipo_____posizionato il_____

CUTE	□ Integra □ Presenza dei fattori di rischio di compromissione dell'integrità cutanea Rischio basso medio alto □ Presenza di segni di lesioni da pressione (stadiazione): sede Lesione_____Stadiazione I II III IV sede Lesione_____Stadiazione I II III IV sede Lesione_____Stadiazione I II III IV sede Lesione_____Stadiazione I II III IV □ Ferite chirurguche □ ulcere distrofiche □ presenza di lividi □ presenza edemi specificare_____ □ Presenza di altre lesioni, descrivere_____

UTILIZZO MEZZI DI CONTENZIONE: □ No□Si,quale……

PRESENZA DI DOLORE: □ No□Si

INFEZIONI IN ATTO: □ No□Si,quale……

NECESSITA ISOLAMENTO: □ No□Si,quale……

ATTIVITA' GESTIONE DELLA PERSONA

□Completamente autonomo (livello 1) □ richiede l'uso di ausili (livello 2) □Richiede la supervisione di un'altra persona (livello 3) □ richiede l'assistenza di un'altra persona (livello 4) □E' dipendente e non partecipa (livello 5)	Alimentazione livello_____ Igiene della persona livello_____ Fare il bagnolivello_____ Vestirsi livello_____ Deambulazionelivello_____ Cura dell'aspettolivello_____ Mobiltà nel letto livello_____

PRESIDI E AUSILI

Necessità di (barrare tutti i presidi necessari):

□ Letto ortopedico □ Materasso antidecubito □ Sponde per letto □ Carrozzina □ Deambulatore

IDA:indice dipendenza assistenziale

	ALIMENTAZIONE IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE ALVO URINE		IGIENE E CONFORT		MOBILIZZAZIONE
1	NPT o NET	1	Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del pz	1	Allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria e dell'alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del pz	2	Mobilizzazione su poltrona
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autosufficiente	4	Autonomo

	PROCEDURE DIAGNOSTICHE		PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE
1	Monitoraggio dei parametri vitali continuo	1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24h	1	Stato soporoso/coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h	2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporo-spaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h	3	Terapia per os, im, ev (comprese le fleboclii)	3	Disorientamento temporo-spaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti	4	Terapia solo per os o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativola notte

Punteggio totale _____

Punteggio da 7 a 11: **ALTA** dipendenza assistenziale (**2**)

Punteggio da 12 a 19: **MEDIA** dipendenza assistenziale (**1**)

Punteggio da 20 a 28: **BASSA** dipendenza assistenziale (**0**)

N.B.Procedure diagnostiche: 1-2 non idoneo per ricovero in cure intermedie.

SCALA NEWS

Cognome_____ Nome_____

Data compilazione_____ Firma operatore compilatore_____

PARAMETRI FISIOLOGICI	3	2	1	0	1	2	3	punteggio
Frequenza del respiro	<=8		9-11	12-20		21-24	>=25	
Saturazione d'ossigeno	<=91	92-93	94-95	>=96				
Ossigeno supplementare								
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	
Punteggio totale								

N.B.I sei punteggi devono essere sommati e, nel caso sia necessario l'ossigeno terapia, deve essere aggiunto il punteggio di due.

Punteggio NEWS	Rischio clinico
0	basso
1 - 4 di somma	
ALLARME ROSSO (quando un solo parametro raggiunge il numero di 3)	medio
5-6 di somma	
=7	alto

Data..... FIRMA DEL MEDICO .....

ASPETTI SOCIO-ASSISTENZIALI

Cognome_____ Nome_____

Scheda A

CONDIZIONE SOCIOFAMILIARE

☐ Vive solo

☐Vive con il coniuge autonomo

☐Soggetto istituzionalizzato

☐Altro (specificare)

_____

☐Vive con il coniuge non autonomo

☐Vive con persone che forniscono assistenza continuativa (familiari, badante)

☐Può usufruire di persone che forniscono assistenza per alcune ore durante il ricovero (familiari, badante, volontari)

CONDIZIONE ABITATIVA

ABITAZIONE:

☐Di proprietà; ☐Affitto : € _____; ☐Altro (specificare)_____

PRESENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE: ☐NO ☐ SI ☐ interne ☐ esterne

Scheda B

CONDIZIONE ECONOMICA

Titolare di pensione ☐SI ☐NO

Invalidità civile ☐SI _____% ☐NO

Assegno di accompagno ☐SI ☐NO

In corso ☐SI ☐NO

Totale reddito mensile: € _____

☐ In carico ai servizi sociali comunali

Ass.Soc. _____

SERVIZI TERRITORIALI GIA' ATTIVI:

☐SAD

☐ Assegno di cura

☐ Cure domiciliari

☐ Fornitura presidi/ausili:

_____

Scheda C

VALUTAZIONE SOCIALE

Data di compilazione_____ Firma _____

RICHIESTA DI VALUTAZIONE DELL'UNITA' VALUTATIVA INTEGRATA PER L'AMMISSIONE NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI DEL DISTRETTO DI ANCONA (CI, RSA, RP)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
Residente a _____ via/ piazza _____
Tel._____
in qualità di
□ Interessato
□ Familiare (_____) o altro caregiver
□ Legale rappresentante (_____)
Del Sig. _____

DICHIARA

- Di accettare la procedura di valutazione finalizzata all'ammissione nelle strutture residenziali convenzionate con il Distretto di Ancona
- Di essere stato informato sulle norme che regolamentano il sistema di compartecipazione alla spesa
- Di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo Privacy 2016/679

Data e luogo _____ Firma_____

PARTE RISERVATA ALL'UVI

Vista la richiesta del MMG/DIRIGENTE MEDICO U.O. OSPEDALE e sulla base della documentazione sanitaria
acquisita e della valutazione multidimensionale si giudica
l'assistito_____

☐ IDONEO AL RICOVERO IN :
☐ C.I.
☐ RSA
☐ RP
☐ NON IDONEO AL RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE

Data e luogo…….

Per L'Unità di Valutazione Distretto di Ancona

Firma del Responsabile…….

AUTORIZZAZIONE ALLA TRASMISSIONE DELLA VALUTAZIONE

Il sottoscritto …… visto l'esito di cui sopra, autorizza l'UVI a trasmettere l'esito della valutazione alle seguenti strutture:

_____
_____
_____

Firma _____