



**RICHIESTA DI AMMISSIONE O DIMISSIONE PROTETTA  
IN STRUTTURE RESIDENZIALI (CI, RSA, RP) DISTRETTO 7**

Data .....

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr. <sup>ssa</sup>.....

MEDICO DI MEDICINA GENERALE [tel.....]

DIRIGENTE MEDICO U.O. OSPEDALE .....[ tel.....]

**Richiede ammissione in struttura residenziale per:**

Cognome e Nome.....

nato il ..... città ..... prov.(.....)

residenza..... Tel.....

caregiver/familiare di riferimento..... Tel.....

L' utente è attualmente assistito :

a domicilio       in ospedale      dal.....presso.....

in ..... dal ..... presso .....  
(specificare tipologia setting)

**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 obiettivi 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

(compilazione a cura del Medico/Infermiere)

Cognome e Nome .....

Diagnosi principale.....

Diagnosi secondarie.....

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

Terapia del dolore.....

Farmaco con piano terapeutico.....

|  |  |
|--|--|
| RESPIRAZIONE/<br>AUSILI                  | <input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo<br><input type="checkbox"/> Ossigenoterapia l/min _____<br><input type="checkbox"/> Necessarie aspirazioni secrezioni <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> CPAP<br><input type="checkbox"/> Respiratore<br><input type="checkbox"/> Tracheostomia (tipo _____ misura _____ ) |
| ALIMENTAZIONE                            | <input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> SNG posizionato il _____ PEG/PEG-J posizionata il _____<br><input type="checkbox"/> Parenterale   |
| DENTATURA                                | <input type="checkbox"/> Propria <input type="checkbox"/> protesi <input type="checkbox"/> altro   |
| DEGLUTIZIONE                             | <input type="checkbox"/> Disfagia a solidi <input type="checkbox"/> disfagia a liquidi <input type="checkbox"/> deglutizione normale   |
| DIETA                                    | <input type="checkbox"/> Dieta speciale _____<br><input type="checkbox"/> Restrizione dietetiche _____   |
| OBESITA' III CLASSE                      | <input type="checkbox"/> Si    Peso Kg _____ <input type="checkbox"/> No   |
| ELIMINAZIONE<br>URINARIA/AUSILI          | <input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Alterazione urinaria _____<br><input type="checkbox"/> catetere vescicale tipo _____ Ch _____<br><input type="checkbox"/> Pannolone mis. _____ <input type="checkbox"/> urocontrol <input type="checkbox"/> Stomia urinaria (tipo _____ mis. _____)<br><input type="checkbox"/> Drenaggio _____   |
| ELIMINAZIONE<br>INTESTINALE/AUSILI       | <input type="checkbox"/> Alterazione eliminazione intestinale: _____<br><input type="checkbox"/> Utilizzo lassativi o clisteri evacuativi<br><input type="checkbox"/> Pannolone mis. _____ <input type="checkbox"/> colonstomia /ileostomia (tipo _____ misura _____)<br><input type="checkbox"/> Drenaggio _____  |
| MOBILITA'                                | <input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> con ausili <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> allettato <input type="checkbox"/> letto/poltrona<br><input type="checkbox"/> postura obbligata per patologia <input type="checkbox"/> altro   |
| STATO NEUROPSICHICO                      | <input type="checkbox"/> Vigile e collaborante <input type="checkbox"/> orientato <input type="checkbox"/> disorientato <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> deficit cognitivo<br><input type="checkbox"/> non risponde<br><input type="checkbox"/> Capacità di comprendere e comunicare informazioni<br><input type="checkbox"/> Disturbi comportamentali, se si quali _____   |
| CAPACITA' SENSORIALI DI<br>COMUNICAZIONE | <input type="checkbox"/> Non disturbi<br><input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio: <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/> altro<br><input type="checkbox"/> Disturbi dell'udito<br><input type="checkbox"/> Disturbi della vista  |
| PRESIDI/<br>DISPOSITIVI                  | <input type="checkbox"/> Drenaggi (tipo e sede) _____ <input type="checkbox"/> CVP posizionato il _____<br><input type="checkbox"/> CVC in sede _____ tipo _____ posizionato il _____<br><input type="checkbox"/> PICC in sede _____ tipo _____ posizionato il _____<br><input type="checkbox"/> MIDLINE in sede _____ tipo _____ posizionato il _____   |

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| CUTE  | <input type="checkbox"/> Integra<br><input type="checkbox"/> Presenza dei fattori di rischio di compromissione dell'integrità cutanea<br><input type="checkbox"/> Presenza di segni di lesioni da pressione (stadiazione):<br>sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV<br>sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV<br>sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV<br>sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV<br><input type="checkbox"/> Ferite chirurgiche <input type="checkbox"/> ulcere distrofiche <input type="checkbox"/> presenza di lividi <input type="checkbox"/> presenza edemi specificare _____<br><input type="checkbox"/> Presenza di altre lesioni, descrivere _____ |  |  |  |
|   | Rischio basso medio alto  |  |  |  |
| UTILIZZO MEZZI DI CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si,quale.....   |   |  |  |  |
| PRESENZA DI DOLORE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si   |   |  |  |  |
| INFEZIONI IN ATTO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si,quale.....   |   |  |  |  |
| NECESSITA ISOLAMENTO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si,quale.....  |   |  |  |  |
| <b>ATTIVITA' GESTIONE DELLA PERSONA</b>   |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Completamente autonomo (livello 1)<br><input type="checkbox"/> richiede l'uso di ausili (livello 2)<br><input type="checkbox"/> Richiede la supervisione di un'altra persona (livello 3)<br><input type="checkbox"/> richiede l'assistenza di un'altra persona (livello 4)<br><input type="checkbox"/> E' dipendente e non partecipa (livello 5) |   | Alimentazione livello _____<br>Igiene della persona livello _____<br>Fare il bagno livello _____<br>Vestirsi livello _____<br>Deambulazione livello _____<br>Cura dell'aspetto livello _____<br>Mobilità nel letto livello _____ |  |  |

### 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 temporospaziale 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 temporospaziale 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 sedativa notte               |
| Punteggio totale _____<br>Punteggio da 7 a 11: ALTA dipendenza assistenziale (2)<br>Punteggio da 12 a 19: MEDIA dipendenza assistenziale (1)<br>Punteggio da 20 a 28: BASSA dipendenza assistenziale (0)<br>N.B.Procedure diagnostiche: 1-2 non idoneo per ricovero in cure intermedie. |  |                         |   |                        |   |                       |  |

## SCALA NEWS

PAZIENTE Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_\_\_ Firma operatore compilatore \_\_\_\_\_

| PARAMETRI FISIOLGICI   | 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 -<br>36,0 | 36,1 -<br>38,0 | 38.1 -<br>39,0 | >=39,1       |  |           |
| Pressione sistolica    | <=90   | 91-<br>100 | 101 -110       | 111 - 219      |                |              | >=220  |           |
| Frequenza cardiaca     | <=40   |            | 41-50          | 51 -90         | 91 - 110       | 111 -<br>130 | >=131  |           |
| Stato di coscienza     |        |            |                | vigile         |                |              | richiamo<br>verbale,<br>dolore<br>provocato,<br>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.....Firma dell'Infermiere Inviante.....

Allegati. Scale compilate per valutazione di approfondimento :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Valutazione delle funzioni cognitive: MMSE, SPMSQ             | <input type="checkbox"/> Valutazione del tono dell'umore: GDS, HRSD  |
| <input type="checkbox"/> Valutazione dello stato funzionale: Barthel Index, BADL, IADL | <input type="checkbox"/> Valutazione alterazioni comportamento: NPI  |
| <input type="checkbox"/> Valutazione stato salute fisica (comorbidità somatica) : CIRS | <input type="checkbox"/> Valutazione stato nutrizionale :MNA         |
| <input type="checkbox"/> Valutazione rischio lesioni da decubito: Norton, Braden       | <input type="checkbox"/> Valutazione andatura ed equilibrio: Tinetti |
| <input type="checkbox"/> Altre valutazioni (specificare).....                          |  |