

Alla Direzione della Casa di Cura _____

DEGENTE

Nome Cognome

Sesso M F

Età / data di nascita

Bar code
Identificativo paziente

Residenza: Via Città

Nucleo familiare composto da..... Tel.

Persona di riferimento Tel.

AUSL M.M.G.

Medico Referente proponente Tel.

Data di ricovero Motivo del ricovero

PROFILO CLINICO:

INDICE DI COMORBILITÀ - CHARLSON Index

1 - Cardiopatia ischemica postinfartuale (1)	
2 - Scopenso cardiaco (1)	
3 - Patologia Vascolare periferica (1)	
4 - Vasculopatia cerebrale (1)	
5 - Demenza (1)	
6 - BPCO (1)	
7 - Malattie reumatologiche (1)	
8 - Ulcera peptica (1)	
9 - Epatopatie lievi (1)	
10 - Diabete Mellito (1)	
11 - Emiplegia (2)	
12 - Insufficienza renale cronica (2)	
13 - Diabete con danno d'organo (2)	
14 - Neoplasia non metastatizzata (2)	
15 - Cirrosi Epatica (3)	
16 - Neoplasia metastatizzata (6)	
17 - AIDS (6)	
TOTALE	

**SCALA DI INSTABILITÀ CLINICA
secondo HALM (SIC-H)***

	NO	SI
A. Temperatura corporea >37.8 °C	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
B. Frequenza respiratoria >24/min.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
C. Frequenza cardiaca >100/min	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
D. Pressione arteriosa sistolica ≤90 mm Hg	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
E. Saturazione O2 < 90%	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
F. Alterato livello di vigilanza	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
G. incapacità ad alimentarsi autonomamente di nuova insorgenza	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SCORE TOTALE		
N.B. per il punteggio considerare F e G solo se presente almeno 1 da A ad E	_____	

Nota: la scala di instabilità clinica (SIC) è uno strumento per classificare la frequenza con la quale viene effettuato il monitoraggio medico-infermieristico: è indice di instabilità alla presenza di almeno uno dei primi cinque parametri.

DIAGNOSI:

.....

MOTIVAZIONI CLINICHE AL TRASFERIMENTO:

Prosecuzione terapia farmacologica Completamento iter diagnostico Riattivazione alle ADL
Osservazione clinica Competenza specialistica

PROPOSTA PREFERENZIALE : R.INTENSIVA (cod. 56) R.EXTENSIVA (cod. 60) ONCOLOGIA MEDICA

PROGNOSI: gg.

PROFILO ASSISTENZIALE:

COMUNICAZIONE: Orientato S/T si no Collaborante si no
Disturbi del comportamento Alterazioni linguaggio Alterazioni udito Alterazioni vista

ALIMENTAZIONE: Autonoma Con aiuto CVC CVP SNG PEG

MOBILIZZAZIONE : Autonoma Con ausili/aiuto Carrozzina Allettato

IGIENE E VESTIZIONE: Autonomo Con aiuto Dipendente

ELIMINAZIONE: Incontinenza fecale Incontinenza urinaria Catetere vescicale Dialisi
Colostomia Urostomia

LESIONI CUTANEE: No

Si → da decubito su base vascolare
→ grado: 1 2 3 4

RESPIRAZIONE: O₂ terapia Tracheostomia

DATI SOCIALI DI INTERESSE CLINICO:

CONVIVENZA: Solo senza assistenza Con assistenza parziale Con assistenza h.24
CdR privata

ATTIVATO SERVIZIO SOCIALE: No Si Ospedale Si Territorio

(Nome di rif.: Tel:)

SVAMA: richiesta eseguita

IPOTESI DI DIMISSIONE AL TERMINE DELLE CURE:

Domicilio Domicilio con assistenza ADI Casa di Riposo privata RSA/ Casa Protetta

NOTE:

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

Data di richiesta

Il medico

L'infermiere

(timbro e firma del medico)
