

PERCORSO DIMISSIONI PROTETTE

1-Dalle U.O Ospedaliere attivazione online tramite progetto SIRTE per ingresso nelle

strutture territoriali: - C.I. (Cure Intermedie di Cingoli)

- R.S.A (Cupramontana, Filottrano; Montecarotto;

2-Dal domicilio o dalle R.P. tramite il M.M.G. :

- C.I. (Cure Intermedie di Cingoli)

- R.S.A (Cupramontana, Filottrano; Montecarotto;

Il criterio principale per l'ingresso in RSA è la stabilità clinica del paziente;

L'ingresso in RSA per "Solievo Familiare" è di 30 giorni nell'anno solare eventualmente prorogabili solo se cambia la condizione clinica del paziente.

I CRITERI DI INCLUSIONE IN C.I. :

- I pz post acuti o cronici riacutizzati con basso margine di imprevedibilità clinica;
- condizioni compatibili con il prossimo trasferimento in altro regime assistenziale (RSA; R.P)

CRITERI DI ESCLUSIONE PER L'INGRESSO NELLE STRUTTURE TERRITORIALI:

- Paziente con instabilità clinica;
- Pz con diagnosi non definitiva;
- Pz psichiatrico con demenza con severi disturbi comportamentali non controllati con terapia;

MODULISTICA NECESSARIA PER L'INGRESSO:

- Per le RSA : Modello ADI specificando "Ingresso in RSA per Solievo familiare";
- Per C.I. modulo di 8 pagine che consiste nella compilazione di diverse schede di valutazione;

INVIO DELLA RICHIESTA :

- Tramite fax all' Unità Valutativa al n° 0731534623
- Consegna diretta all'Unità Valutativa da parte dei familiari dei pz presso Via Guerri 1° piano stanza 119 mercoledì e venerdì dalle 9,00 alle 11,00.

CONTATTI UVI:

-tel: 0731534502; fax: 0731534624

Distretto 5 Jesi – O.di C. Cingoli – viale della Carità 11 – Cingoli Tel. 0733 – 601711
SCHEDA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITA' DI CURE INTERMEDIE

Data

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.^{ssa} MEDICO DI: Medicina Generale .[tel.....] MEDICO DI: Unità Operativa Ospedaliera[tel.....]**Richiede ricovero presso Modulo di Cure Intermedie di Cingoli per:**

Cognome e Nome.....

nato il città prov.(.....)

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

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

ricoverato dal.....presso.....

REQUISITI DI AMMISSIONE IN CURE INTERMEDIE

- 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 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.

MOTIVAZIONE DI AMMISSIONE IN CURE INTERMEDIE

- Recupero maggior grado di autonomia nella AVQ (attività di vita quotidiana)
- Condizioni socio-assistenziali che non permettono momentaneamente il rientro al domicilio
- Pazienti con necessità di terapie con farmaci H, ma clinicamente stabili.

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Paziente con malattia non stabilizzata, ad alta complessità assistenziale
- Paziente con gravi disturbi comportamentali non controllati con le terapie
- Pazienti con diagnosi non definita o con percorso terapeutico non definito
- Paziente terminale proveniente da altra struttura (ammissibile solo in caso non possano essere attuate altre forme assistenziali)
- Paziente assistibile a domicilio da parte del nucleo familiare o caregiver.

Condizione clinico-assistenziale complessiva

Diagnosi principale.....

Diagnosi secondarie.....

.....

.....

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

.....

.....

Terapia del dolore.....

Farmaco con piano terapeutico.....

Accettazione della procedura di ammissione in Cure Intermedie

In data.....Il Sottoscritto.....

nato ilcittà prov.(.....)

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

in qualità di paziente caregiver familiare legale rappresentante

Dichiaro di accettare la procedura di dimissione protetta,in struttura residenziale

Firma.....



UVI (parte riservata alla Unità Valutativa Integrata)

Vista la richiesta del Medico Ospedaliero/MMG e sulla base della documentazione sanitaria acquisita e della valutazione multidimensionale si giudica l'assistito.....

IDONEO AL RICOVERO IN C.I.

NON IDONEO AL RICOVERO IN C.I.

Data e luogo.....

Per L'Unità di Valutazione Distretto 7 Asur Marche

Firma del Responsabile.....

RELAZIONE ASSISTENZIALE

(compilazione a cura del Medico/Infermiere)

Cognome e Nome

RESPIRAZIONE/ AUSILI	<input type="checkbox"/> Eupnea Dispnea da sforzo Dispnea a riposo <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia l/min _____ <input type="checkbox"/> Necessarie aspirazioni secrezioni Si No <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tracheostomia (tipo _____ misura _____)
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> SNG posizionato il _____ <input type="checkbox"/> Parenterale <input type="checkbox"/> PEG (posizionata il _____)
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 _____ <input type="checkbox"/> Restrizione dietetiche _____
OBESITA' III CLASSE	<input type="checkbox"/> Si Peso Kg _____ <input type="checkbox"/> No
ELIMINAZIONE URINARIA/AUSILI	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Alterazione urinaria _____ <input type="checkbox"/> catetere vescicale tipo _____ Ch _____ <input type="checkbox"/> Pannolone mis. _____ <input type="checkbox"/> urocontrol <input type="checkbox"/> Stomia urinaria (tipo _____ mis. _____) <input type="checkbox"/> Drenaggio _____
ELIMINAZIONE INTESTINALE/AUSILI	<input type="checkbox"/> Alterazione eliminazione intestinale: _____ <input type="checkbox"/> Utilizzo lassativi o clisteri evacuativi <input type="checkbox"/> Pannolone mis _____ <input type="checkbox"/> colostomia /ileostomia (tipo _____ misura _____) <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 <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 <input type="checkbox"/> non risponde <input type="checkbox"/> Capacità di comprendere e comunicare informazioni <input type="checkbox"/> Disturbi comportamentali, se si quali _____
CAPACITA' SENSORIALI DI COMUNICAZIONE	<input type="checkbox"/> Non disturbi <input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio: <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> Disturbi dell'udito <input type="checkbox"/> Disturbi della vista
CUTE	<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Presenza dei fattori di rischio di compromissione dell'integrità cutanea Rischio basso medio alto <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Ferite chirurgiche <input type="checkbox"/> ulcere distrofiche <input type="checkbox"/> presenza di lividi <input type="checkbox"/> presenza edemi specificare _____ <input type="checkbox"/> Presenza di altre lesioni, descrivere _____
PRESIDI/ DISPOSITIVI	<input type="checkbox"/> Drenaggi (tipo e sede) _____ <input type="checkbox"/> CVP posizionato il _____ <input type="checkbox"/> CVC in sede _____ tipo _____ posizionato il _____ <input type="checkbox"/> PICC in sede _____ tipo _____ posizionato il _____ <input type="checkbox"/> MIDLINE in sede _____ tipo _____ posizionato il _____

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.....	
ATTIVITA' GESTIONE DELLA PERSONA			
<input type="checkbox"/> Completamente autonomo	(livello 1)	Alimentazione	livello _____
<input type="checkbox"/> richiede l'uso di ausili	(livello 2)	Igiene della persona	livello _____
<input type="checkbox"/> Richiede la supervisione di un'altra persona	(livello 3)	Fare il bagno	livello _____
<input type="checkbox"/> richiede l'assistenza di un'altra persona	(livello 4)	Vestirsi	livello _____
<input type="checkbox"/> E' dipendente e non partecipa	(livello 5)	Deambulazione	livello _____
		Cura dell'aspetto	livello _____
		Mobilità nel letto	livello _____

Data.....Firma del Medico.....Firma dell'Infermiere Inviante.....

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 sedativo a 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.							

Firma Infermiere referente inviante : _____

PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Data compilazione _____

Firma operatore compilatore _____

SCALA CIRS

1) Patologie cardiache (solo cuore)	①	②	③	④	⑤
2) Ipertensione	①	②	③	④	⑤
si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente					
3) Patologie vascolari sanguie, vasi, midollo, milza, sistema linfatico	①	②	③	④	⑤
4) Patologie respiratorie polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe	①	②	③	④	⑤
5) O.O.N.G.L. occhio, orecchio, naso, gola, laringe	①	②	③	④	⑤
6) Apparato GI superiore esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas	①	②	③	④	⑤
7) Apparato GI inferiore intestino, ernie	①	②	③	④	⑤
8) Patologie epatiche solo fegato	①	②	③	④	⑤
9) Patologie renali solo rene	①	②	③	④	⑤
10) Altre patologie genito-urinarie ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali	①	②	③	④	⑤
11) Sistema muscolo-scheletro-cute muscoli, scheletro, tegumenti	①	②	③	④	⑤
12) Patologie sistema nervoso sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza	①	②	③	④	⑤
13) Patologie endocrine-metaboliche include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici	①	②	③	④	⑤
14) Patologie psichiatriche-comportamentali include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi	①	②	③	④	⑤

①: assente; ②: lieve; ③: moderato; ④: grave; ⑤: molto grave

Legenda

- ① *assente*: nessuna compromissione d'organo/sistema
- ② *lieve*: la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
- ③ *moderato*: la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete o fratture).
- ④ *grave*: la compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
- ⑤ *molto grave*: la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio; stroke; sanguinamenti gastro-intestinali; embolia).

Indice di severità _____

(media dei punteggi delle prime 13 categorie, escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali. Massimo punteggio ottenibile che indica massima severità è 5)

Indice di comorbidità _____

(numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 -escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali. Massimo punteggio ottenibile che indica massima comorbidità è 13)