



**SCHEDA SEGNALAZIONE - PROPOSTA
PERCORSI ASSISTENZIALI**

Alla Porta Unica di Accesso

Distretto Socio - Sanitario n. _____

Paziente			Nato il	
Cod. Fisc.		età	sesto	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Residenza			☎	
Via				
Care giver			☎	

Indicare fino a 3 patologie principali	ICPC	Descrizione
MALATTIE GENERALI <input type="checkbox"/>	A___	
MALATTIE SANGUE/ LINFATICI / MILZA <input type="checkbox"/>	B___	
MALATTIE SISTEMA DIGERENTE <input type="checkbox"/>	D___	
MALATTIE OCCHIO <input type="checkbox"/>	F___	
MALATTIE ORECCHIO <input type="checkbox"/>	H___	
MALATTIE SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO <input type="checkbox"/>	K___	
MALATTIE SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO <input type="checkbox"/>	L___	
MALATTIE SISTEMA NERVOSO <input type="checkbox"/>	N___	
DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI <input type="checkbox"/>	P___	
MALATTIE SISTEMA RESPIRATORIO <input type="checkbox"/>	R___	
MALATTIE CUTE E ANNESSI <input type="checkbox"/>	S___	
MALATTIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO <input type="checkbox"/>	T___	
MALATTIE SISTEMA URINARIO <input type="checkbox"/>	U___	
MALATTIE SISTEMA GENITALE FEMMINILE <input type="checkbox"/>	X___	
MALATTIE SISTEMA GENITALE MASCHILE <input type="checkbox"/>	Y___	

Valutazione deficit	Ausili in dotazione
<input type="checkbox"/> Articolari	<input type="checkbox"/> Ausili di assorbenza
<input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio	<input type="checkbox"/> Catetere
<input type="checkbox"/> Morfo - statici	<input type="checkbox"/> Sedia a rotelle
<input type="checkbox"/> Sensitivi	<input type="checkbox"/> Deambulatore
<input type="checkbox"/> Motori	<input type="checkbox"/> Letto con sponde
<input type="checkbox"/> Disturbi dell'emotività	<input type="checkbox"/> Materasso antidecubito
<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> Ortesi
<input type="checkbox"/> Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> Protesi (arto sup./inf.)
lieve <input type="checkbox"/> medio <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro

Paziente portatore di		Lesioni da decubito	
<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>	I - II stadio
<input type="checkbox"/>	SNG		sede
<input type="checkbox"/>	CVC		
<input type="checkbox"/>	Accesso Venoso Periferico	<input type="checkbox"/>	III - IV stadio
<input type="checkbox"/>	Catetere vescicale		sede

Terapia in corso		Altro	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Terapia infusione
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Terapia parenterale
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nutrizione enterale
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nutrizione parenterale
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tracheostomia
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Colostomia
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ureterocutaneostomia
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	OLT
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Altro

Esami ematochimici (risultati di rilievo)		Indagini strumentali di rilievo	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

INDICE DI BARTHEL (Vedi situazione funzionale SVAMA)					
ATTIVITA' DI BASE					PUNTEGGIO
ALIMENTAZIONE	0	2	5	8	10
BAGNO / DOCCIA (lavarsi)	0	1	2	4	5
IGIENE PERSONALE	0	1	2	4	5
ABBIGLIAMENTO	0	2	5	8	10
CONTINENZA INTESTINALE	0	2	5	8	10
CONTINENZA URINARIA	0	2	5	8	10
USO DEL WC	0	2	5	8	10
TOTALE					
MOBILITA'					PUNTEGGIO
TRASFERIMENTO LETTO SEDIA O CARROZZINA	0	3	7	12	15
DEAMBULAZIONE	0	3	7	12	15
USO CARROZZINA (compilare se punteggio DEAMBULAZIONE = 15)	10	11	12	14	15
SCALE	0	2	5	8	10
TOTALE					
Recupero clinico-funzionale previsto					
<input type="checkbox"/>	Buone probabilità di recupero funzionale				
<input type="checkbox"/>	Buone probabilità di recupero funzionale ad elevato rischio di recidiva				
<input type="checkbox"/>	Minime probabilità di recupero funzionale				
<input type="checkbox"/>	Minime probabilità di recupero funzionale ad elevato rischio di recidiva				

Bisogni rilevati

<input type="checkbox"/>	ASSISTENZA PROTESICA	<input type="checkbox"/>	ASSISTENZA SPECIALISTICA
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ASSISTENZA RIABILITATIVA DOMICILIARE	<input type="checkbox"/>	ASSISTENZA SOCIO SANITARIA
<input type="checkbox"/>	ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE	<input type="checkbox"/>	ASSISTENZA RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE

TIMBRO E FIRMA

Medico

Struttura Proponente ASL TA

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ informato/a sulla su esposta proposta per il trattamento di cure rivolto alla mia persona, acconsento alla sua attuazione con l'intervento del personale specificato nei tempi e nei modi previsti dallo stesso. Autorizzo / non autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 196/2003.

Luogo _____

Data _____

(firma dell'interessato o di chi ne fa le veci)

RISERVATO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LS			
PERCORSO ASSISTENZIALE PROPOSTO		PREST. PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE	
<input type="checkbox"/>	ADP	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ADI	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ADT	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	STRUTTURA RESIDENZIALE	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ALTRO	<input type="checkbox"/>	

Motivazione richiesta

<input type="checkbox"/>	Impossibilità permanente a deambulare
<input type="checkbox"/>	impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni
<input type="checkbox"/>	Patologie che necessitano di controlli frequenti e/o integrati per condizioni cliniche e/o socio-ambientali

ACCESSI PROPOSTI DAL MMG O PLS		ACCESSI CONCORDATI	
<input type="checkbox"/>	Settimanali	<input type="checkbox"/>	Settimanali
<input type="checkbox"/>	Quindicinali	<input type="checkbox"/>	Quindicinali
<input type="checkbox"/>	Mensili	<input type="checkbox"/>	Mensili
<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>	Altro

TIMBRO E FIRMA

Del Medico di MG o PLS

TIMBRO E FIRMA

Del DIRIGENTE U.O. Medicina Generale

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' QUOTIDIANE	CURA PERSONALE	SINTOMI/ SUPPORTO SANITARIO	PUNTEGGIO
COMPLETA	COMPLETA	COMPLETA	COMPLETA	100
DIFFICOLTA' LIEVE	LIEVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE	COMPLETA	SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 5% Calo energie *	90
DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE	DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA (camminare/guidare)	LIEVE DIFFICOLTA'	ALCUNI SINTOMI Calo ponderale < 10% Calo moderato di energie**	80
INABILE	DIFFICOLTA' MODERATA (si muove prevalentemente in casa)	MODERATA DIFFICOLTA'	ALCUNI SEGNI E SINTOMI (calo grave di energie)	70
	GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE/ GUIDARE	DIFFICOLTA' MODERATA - GRAVE	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI Grave calo ponderale >10%***	60
	ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	GRAVE DIFFICOLTA'	SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE Paziente ambulatoriale	50
	A LETTO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	LIMITATA CURA DI SE'	ASSISTENZA SANITARIA STAORDINARIA (frequenza e tipo di intervento)	40
	INABILE	INABILE	INDICATO RICOVERO OSPEDALIERO/ DOMICILIO SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO	30
ASSEGNARE IL LIVELLO COMPLESSIVO IN BASE AL CRITERIO MAGGIORITARIO TENENDO CONTO DELLA VALENZA MAGGIORE (PRIORITA') DI "ATTIVITA' QUOTIDIANE" E "CURA PERSONALE": * saltuari: non condizionanti supporti terapeutici continuativi ** saltuari o costanti: spesso supporto terapeutico *** costanti - invalidanti condizionanti: supporto terapeutico			GRAVE COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI VITALI IRREVERSIBILE	20
			RAPIDA PROGRESSIONE PROCESSI BIOLOGICI MORTALI	10
			DECEDUTO	0