

B6	PAROLA		
2	PARLA NORMALMENTE		
1	DIFFICOLTÀ NELL'ESPRESSIONE VERBALE		
0	TURBE GRAVI SIA DELL'ESPRESSIONE CHE DELLA COMPrensIONE VERBALE		
B7	CONTINENZA URINARIA	ASSISTENZA CON PADELLA O PAPPAGALLO	2,00
2	CONTINENTE	ACCOMPAGNAMENTO W.C.	2,00
1	INCONTINENTE SALTUARIO	ASSISTENZA USO ASSORBENTE GIORNO E NOTTE	2,00
0	INCONTINENTE FREQUENTE	ASSISTENZA USO ASSORBENTE SOLO NOTTE	2,00
B8	CONTINENZA ANALE	ASSISTENZA PER CATETERE VESCICALE	1,00
2	CONTINENTE	ASSISTENZA PER RACCOGLITORE ESTERNO	1,00
1	INCONTINENTE SALTUARIO	ASSISTENZA PER NEOSTOMA URETERO-CUTANEO	2,00
0	INCONTINENTE FREQUENTE	ASSISTENZA PER NEOSTOMA ENTERO-CUTANEO	2,00
B9	IGIENE SUPERIORE		
2	AUTOSUFFICIENTE		
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE		
0	NON AUTOSUFFICIENTE		
B10	IGIENE INFERIORE		
2	AUTOSUFFICIENTE		
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE		
0	NON AUTOSUFFICIENTE		
B11	ABBIGLIAMENTO SUPERIORE (CAMICIA,MAGLIA...)		
2	AUTOSUFFICIENTE		
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE		
0	NON AUTOSUFFICIENTE		
B12	ABBIGLIAMENTO CENTRALE (CINTURA,MUTANDE..)		
2	AUTOSUFFICIENTE		
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE		
0	NON AUTOSUFFICIENTE		
B13	ABBIGLIAMENTO INFERIORE (PANTALONI,CALZE..)		
2	AUTOSUFFICIENTE		
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE		
0	NON AUTOSUFFICIENTE		
B14	TIPO DI ALIMENTAZIONE		
2	NORMALE PER OS		
1	LIQUIDA O SEMILIQUIDA PER OS		
0	ARTIFICIALE (SONDA NG.GASTRO-ENTEROSTOMIA. TPN)		



SEGNALAZIONE

MEDICO MEDICINA GENERALE

tratta da: SCHEDA AGED PLUS F REGIONE LIGURIA (revisione Maggio 2010)

DISTRETTO SOCIO SANITARIO _____

B15	AIUTO ALL'ALIMENTAZIONE		
2	NESSUN AIUTO		
1	ADATTAMENTO AL PASTO(AIUTO PER TAGLIARE I CIBI)		
0	AIUTO TOTALE E SORV.CONTINUA		
B16	MOBILIZZAZIONE DA LETTO		
2	SI ALZA SENZA AIUTO O NON SI ALZA		
1	DEVE ESSERE AIUTATO		
0	DEVE ESSERE ALZATO PASSIVAMENTE		
B17	MOBILITA' INTERNA		
2	SI MUOVE SENZA LIMITI NELLA RESIDENZA		
1	SI MUOVE SOLO IN CAMERA	PREVENZIONE DECUBITI	1,00
0	NON PUÒ ESSERE ALZATO MAI DA LETTO	MOBILIZZAZIONE PAS SIVA A LETTO	1,00
B18	AIUTO ALLA DEAMBULAZIONE		
2	NESSUN AIUTO		
1	AIUTO MECCANICO (BASTONE, TRIPODE, CARROZZELLA SE AUTONOMO)	AIUTO UMANO PER MOBILIZZAZIONE IN CARROZZELLA	1,00
0	AIUTO UMANO (ANCHE PER SPINGERE LA CARROZZELLA)	AIUTO UMANO PER DEAMBULARE IN REPARTO / CASA	1,00
B19	IGIENE POSTO LETTO		
2	AUTOSUFFICIENTE		
1	NECESSITA AIUTO		
0	NESSUNA ATTIVITÀ		
NURSING INFERMIERISTICO			
		PREPARAZ.E DISTRIBUZ.TERAPIA PER OS, I.M.,S.C.	1,00
		SORVEGLIANZA INFERMIERISTICA A FLEBOCLISI	1,00
		SORVEGLIANZA E PREPARAZIONE TERAPIA E.V. (compreso gestione elastomero, terapia peridurale)	3,00
		SORVEGLIANZA INFERMIERISTICA A T.P.N. (compresa gestione CVC, Port a cath..)	3,00
		MEDICAZIONI LESIONI DA PRESSIONE	2,00
		LESIONE 1° 2° GRADO	∅
		LESIONE 3° 4° GRADO o lesioni in più siti	∅
		MEDICAZIONI ULCERE VASCOLARI ARTI INFERIORI	2,00
		MEDICAZIONI LESIONI DI ALTRO TIPO (es. ferita chirurgica..)	2,00
		SORVEGLIANZA/GESTIONE DELLA TRACHEOSTOMIA	2,00
		ASSISTENZA E SORVEGLIANZA A VENTILAZIONE ASSISTITA	3,00
		SORVEGLIANZA OSSIGENOTERAPIA 24 H.	1,00
		PREPARAZIONE/SORVEGLIANZA ALLA DIALISI PERITONEALE	4,00

CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)
Per ogni apparato segnare un punteggio secondo i seguenti codici

0. Nessuna compromissione
1. La patologia non interferisce con le normali attività, il trattamento farmacologico non è strettamente necessario, la prognosi è eccellente
2. La patologia interferisce con le normali attività, il trattamento farmacologico è necessario, la prognosi è buona
3. La patologia è disabilitante, il trattamento farmacologico è necessario ed urgente, la prognosi può non essere buona
4. La prognosi quod vitam è riservata, i risultati degli interventi terapeutici incerti

1	Cuore	0	1	2	3	4
2	Iperensione (organi bersaglio valutati singolarmente)	0	1	2	3	4
3	Apparato vascolare (incluso vasi, linfatici, sangue, midollo, milza)	0	1	2	3	4
4	Apparato respiratorio (patologia sottolaringea)	0	1	2	3	4
5	Patologie occhio, orecchio, naso, gola, laringe	0	1	2	3	4
6	Apparato digerente superiore (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	0	1	2	3	4
7	Apparato digerente inferiore (tenue, colon, ernie)	0	1	2	3	4
8	Fegato (patologia parenchimale)	0	1	2	3	4
9	Rene (solo il rene)	0	1	2	3	4
10	Tratto genito – urinario	0	1	2	3	4
11	Apparato muscolo scheletrico e cute	0	1	2	3	4
12	Sistema nervoso centrale e periferico (escluso patologia psichiatrica)	0	1	2	3	4
13	Sistema endocrino – metabolico (incluso sepsi e stati tossici)	0	1	2	3	4
14	Patologie psichiatrico-comportamentali (include demenza)	0	1	2	3	4
INDICE DI COMORBILITA' Segna il numero di categorie con punteggio \geq a 2 (<i>prime 13 categorie</i>)		/ 13				
Categorie con punteggio \geq 3 Segna il numero di categorie con punteggio \geq a 3 (<i>prime 13 categorie</i>)						

CODIFICA PATOLOGIE ICD9

(indicare le patologie principali che concorrono a determinare la situazione di non autosufficienza)

CODICE ICD9	PATOLOGIA

PREVALENTE
DA COMPILARE SOLO PER ACCESSI in Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
PROPOSTA DI ACCESSI in ADP

MENSILE [] QUINDICINALE [] SETTIMANALE []

DOMICILIARE [] RESIDENZIALE []

DATA _____

Timbro firma MMG _____

AUTORIZZAZIONE ADP

Firma Medico DISTRETTO SOCIO SANITARIO _____