



DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO:

Parte Sanitaria

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

Il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una UdO della Cooperativa La Meridiana.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	Assente	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	Lieve	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	Moderato	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona.
4	Grave	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	Molto grave	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- **Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari
- **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.



SCHEMA SANITARIA

(da compilare a cura del medico curante)

Nome e Cognome della persona _____

Data di nascita _____

	1	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	Data insorgenza
Patologie cardiache Specificare: _____						
Iperensione arteriosa Specificare: _____						
Patologie vascolari Specificare _____						
Patologie respiratorie Specificare _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____						
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____						
Patologie epatiche Specificare _____						
Patologie renali Specificare _____						
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____						
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze) Specificare _____						



	1	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	Data insorgenza
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici) Specificare _____						
Patologie psichiatrico-comportamentali (<i>incluse</i> le demenze) Specificare _____						

Problemi clinici prevalenti

.....

.....

.....

.....

Anomalie del comportamento

	SI	NO
Ansia		
Depressione		
Deliri o allucinazioni		
Agitazione psico-motoria diurna		
Agitazione psico-motoria notturna		
Deambulazione incessante		
Affaccendamento		
Inversione ritmo sonno-veglia		
Aggressività		
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive		

Altre informazioni sanitarie

	SI	NO
Alimentazione artificiale		
Disfagia		
Alimentazione artificiale		
Terapia dialitica		
Il paziente è in dialisi?		
• peritoneale		
• extracorporea		
Assistenza respiratoria		
È presente insufficienza respiratoria?		
• Ossigeno occasionalmente		
• Ossigeno almeno 6 ore al giorno		



	<i>SI</i>	<i>NO</i>
• Ossigeno costante		
<i>Diabete mellito</i>		
Il paziente è affetto da diabete mellito?		
• E' trattato con la sola dieta		
• Farmaci antidiabetici orali		
• Insulina		
<i>Lesioni cutanee</i>		
Il paziente ha ulcere da decubito?		
• Sacrali o sopratrocanteriche		
• Calcaneali o agli arti		
Il paziente ha ulcere vascolari?		
<i>Continenza vescicale o fecale</i>		
Pannoloni per incontinenza		
Catetere vescicale a permanenza		
Cateterismo intermittente con Nelaton		
Entero- o colo-stomie		

RECAPITI DEL MEDICO CURANTE

Cognome e nome.....

CODICE FISCALE (necessario per essere registrati sul portale ISIDORA):

PREFERISCE ESSERE INFORMATO:

☐ VIA MAIL : _____

☐ VIA CELLULARE: _____

Data compilazione

Timbro e firma

