

SCHEMA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> in Riab. SPECIALISTICA | <input type="checkbox"/> in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie |
| <input type="checkbox"/> in Riab. MANTENIMENTO | <input type="checkbox"/> a Domicilio |
| <input type="checkbox"/> in Riab. GENERALE / GERIATRICA | |

Cognome e Nome paziente	.....	
nato/a	.....	il	.....
Comune di residenza			
Indirizzo			
CODICE FISCALE.....			

Sintesi diagnostica	➔	..... ..... ..... .....
Evento indice e data insorgenza	➔	..... ..... .....
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	➔	..... ..... .....
Terapia in atto	➔	..... ..... .....

Disfagia Si ☐ No ☐

Afasia/disartria Si ☐ No ☐

Nutrizione ☐ per os ☐ Sondino n-g ☐ PEG ☐ Parenterale

Respirazione ☐ normale ☐ Ossigeno ☐ Ventilazione meccanica ☐ con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali Si ☐ No ☐

Presenza deficit sensoriali ☐ Visivi ☐ Uditivi

Portatore di:


- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pace Maker | <input type="checkbox"/> Catetere perdurale | <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale | <input type="checkbox"/> Pompa elastomerica |
| <input type="checkbox"/> Tracheostomia | <input type="checkbox"/> Urostomia | <input type="checkbox"/> Colostomia | <input type="checkbox"/> Catetere vescicale |
| <input type="checkbox"/> Protesi | <input type="checkbox"/> Ortesi | Quali:..... | |

Presenza Piaghe da decubito Si ☐ No ☐

Altre lesioni: Si ☐ No ☐

Eventuali sedi

Segue ➔


STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale	.....		
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato		<input type="checkbox"/> grave
Comprensione ordini semplici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati		<input type="checkbox"/> gravi
 Specificare	..... ..... .....		

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE


Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Supporto familiare /caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
 Con quali risultati?	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

Struttura inviante

In fede

.....


.....
 (timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....



Fondazione
Scarpini Forattini
onlus

Indice di autonomia nelle attività quotidiane (A.D.L.)

Utente:	Codice fiscale:
	Data nascita:
Data compilazione:	Compilatore:

Fare il bagno

- ☐ 1 = fa il bagno da solo (entra ed esce da solo)
- ☐ 1 = ha bisogno di assistenza parziale (pulizia di una parte del corpo, esempio dorso)
- ☐ 0 = ha bisogno di assistenza totale

Vestirsi

- ☐ 1 = prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza
- ☐ 1 = prende i vestiti e si veste senza assistenza eccetto che per allacciare le scarpe
- ☐ 0 = ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito

Toilette

- ☐ 1 = va in bagno, si pulisce e si riveste senza aiuto (può utilizzare come supporto bastone, deambulatore, carrozzina). È in grado di usare e svuotare la padella
- ☐ 0 = ha bisogno di aiuto per andare in bagno e per le funzioni successive
- ☐ 0 = non si reca in bagno per l'evacuazione

Spostarsi

- ☐ 1 = si sposta dentro e fuori dal letto e poltrona senza assistenza (eventualmente con supporti)
- ☐ 0 = compie questi frequentemente se aiutato
- ☐ 0 = allettato, non esce dal letto

Continenza

- ☐ 1 = controlla completamente le feci e urine
- ☐ 0 = "incidenti" occasionali
- ☐ 0 = necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente

Alimentazione

- ☐ 1 = senza assistenza
- ☐ 1 = assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane
- ☐ 0 = aiuto per portare il cibo alla bocca o nutrito parzialmente o totalmente per via parentelare

Totale:

Note:



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)

Utente:

Codice fiscale:

Data nascita:

Data compilazione:

Compilatore:

Capacità di usare il telefono

- ☐ 3 = Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero
☐ 2 = Compone solo alcuni numeri ben conosciuti
☐ 1 = E' in grado di rispondere al telefono, ma non di comporre il
☐ numero 0 = Non è capace di usare il telefono

Fare Acquisti

- ☐ 3 = Fa tutte le proprie spese senza aiuto
☐ 2 = E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi senza aiuto
☐ 1 = Ha bisogno di essere accompagnato quando deve acquistare
☐ qualcosa 0 = E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi

Mezzi di Trasporto

- ☐ 4 = Si sposta da solo con mezzi pubblici o guida la propria auto
☐ 3 = Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi
☐ pubblici 2 = Usa i mezzi pubblici se assistito o accompagnato da
☐ qualcuno
☐ 1 = Può spostarsi soltanto con taxi o auto con l'assistenza di
altri 0 = Non si sposta per niente

Responsabilità nell'uso dei medicinali

- ☐ 2 = E' in grado di assumere i medicinali che gli sono stati prescritti nelle giuste dosi al
giusto 1 = E' in grado di assumere medicinali se preparati in anticipo in dosi separate
☐ 0 = Non è in grado di assumere le medicine da solo

Capacità di gestire le proprie finanze

- ☐ 2 = Gestisce le proprie operazioni finanziarie indipendentemente, raccoglie e tiene nota delle entrate
☐ 1 = Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, per gli acquisti maggiori
☐ etc. 0 = È incapace di maneggiare il denaro

Punteggio:

Note: