

SCHEDA ASSISTENZIALE

(da compilare da parte di chi assiste la persona)

Nome dell'assistito

.....

TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- E' indispensabile

DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- Necessaria l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- Cammina senza aiuto

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficili
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri

IGIENE PERSONALE

- Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- E' capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi.

ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc.

La presenza di un'altra persona non è indispensabile

- Totale indipendenza nel mangiare

CONFUSIONE

- E' completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicazione e le attività cognitive
- E' chiaramente confuso e non si comporta in determinate situazioni come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- E' in grado di pensare chiaramente

IRRITABILITA'

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo

IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

ALTRE SEGNALAZIONI

❖ Incontinenza:

- Assente
- Solo urinaria
- Solo fecale
- Doppia

❖ Gestione incontinenza:

- Presidi assorbenti
- Ano artificiale
- Catetere

❖ Ausili per il movimento:

- Bastone/deambulatore
- Carrozzina
- Nessuno

Il compilatore:

Cognome.....Nome

In qualità di

Data

Firma

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome
assistito.....
.....

Data di nascita

LEGGENDA

A: assente; L: lieve- trattamento facoltativo; prognosi eccellente; M: moderata – trattamento necessario; prognosi buona; G: è invalidante – trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; MG: molto grave – trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA

GRAVITA'

(barrare la casella che interessa come da legenda)

solo per la patologia più grave

| | | | | | |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| PATOLOGIE CARDIACHE | A | L | M | G | MG |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi.....
.....

| | | | | | |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| IPERTENSIONE (si valuta la severità) | A | L | M | G | MG |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....
.....
.....

| | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|
| APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) | A | L | M | G | MG |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....
.....
.....

| | | | | | |
|-----------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| APPARATO RESPIRATORIO | A | L | M | G | MG |
|-----------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....
.....

| | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------|
| OCCHI/ORL (orecchio, naso gola, laringe) | A | L | M | G | MG |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....
.....
.....

| | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|
| APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas) | A | L | M | G | MG |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....
.....

| | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|
| APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale) | A | L | M | G | MG |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....

| | | | | | |
|--------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| FEGATO | A | L | M | G | MG |
|--------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....

| | | | | | |
|------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| RENE | A | L | M | G | MG |
|------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....

| | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|
| APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere di decubito) | A | L | M | G | MG |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....

| | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------|
| PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza) | A | L | M | G | MG |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....

| | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|
| PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) | A | L | M | G | MG |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....

| | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|
| STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, psicosi, disturbi del comportamento) | A | L | M | G | MG |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....

| | | | | | |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| MALATTIE DEL SANGUE | A | L | M | G | MG |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....

| | | | | | |
|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| MALATTIE APPARATO UROGENITALE | A | L | M | G | MG |
|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....

| | | | | | |
|-------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| MALATTIE DERMATOLOGICHE | A | L | M | G | MG |
|-------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:.....

| | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| ALLERGIE | A | L | M | G | MG |
|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

| | | | | | |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| ALTRE MALATTIE IN ATTO (SPECIFICARE) | A | L | M | G | MG |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi:

ALTRI PROBLEMI CLINICI

| DESCRIZIONE | NO | SI | Se SI indicare: |
|-------------|----|----|-----------------|
|-------------|----|----|-----------------|

| | | | |
|---------------------|-----------|-----------|------------------|
| LESIONE DA DECUBITO | NO | SI | Sede: Stadio: |
|---------------------|-----------|-----------|------------------|

| | | | |
|---------|-----------|-----------|--|
| DIALISI | NO | SI | Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi: |
|---------|-----------|-----------|--|

| | | | |
|----------------------------|-----------|-----------|--|
| INSUFFICIENZA RESPIRATORIA | NO | SI | Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia: |
|----------------------------|-----------|-----------|--|

| | | | |
|---------------------------|-----------|-----------|-------------------------------------|
| ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE | NO | SI | SNG: PEG: Parenterale totale: |
|---------------------------|-----------|-----------|-------------------------------------|

| | | | |
|-----------------------|-----------|-----------|--|
| GESTIONE INCONTINENZA | NO | SI | Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicole: Tipo catetere: |
|-----------------------|-----------|-----------|--|

| | | | |
|-------------------------|-----------|-----------|--|
| AUSILI PER IL MOVIMENTO | NO | SI | Bastone e/o deambulatore: Carrozzina: |
|-------------------------|-----------|-----------|--|

| | | | |
|---------|-----------|-----------|--|
| PROTESI | NO | SI | Dentale: Acustica: Occhiali: Altro: |
|---------|-----------|-----------|--|

| | | | |
|------------------------------|-----------|-----------|-------|
| DISORIENTAMENTO TEMPO/SPAZIO | NO | SI | Note: |
|------------------------------|-----------|-----------|-------|

| | | | |
|---------------|-----------|-----------|-------|
| VAGABONDAGGIO | NO | SI | Note: |
|---------------|-----------|-----------|-------|

| | | | |
|--------------------------|-----------|-----------|-------|
| AGITAZIONE PSICO-MOTORIA | NO | SI | Note: |
|--------------------------|-----------|-----------|-------|

| | | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|-------|
| INVERSIONE RITMO SONNO-SVEGLIA | NO | SI | Note: |
|--------------------------------|-----------|-----------|-------|

| | | | |
|------------------------------------|-----------|-----------|------------------------|
| STATO NUTRIZIONALE INSODDISFACENTE | NO | SI | Obesità: Sottopeso: |
|------------------------------------|-----------|-----------|------------------------|

| | | | |
|--------------------|-----------|-----------|------------|
| ALLERGIE A FARMACI | NO | SI | Specifica: |
|--------------------|-----------|-----------|------------|

| | | | |
|----------------------|-----------|-----------|------------|
| ALLERGIE AD ALIMENTI | NO | SI | Specifica: |
|----------------------|-----------|-----------|------------|

TERAPIA IN ATTO

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

Si certifica che l'Ospite.....nat...a.....non è affett...da malattie infettive contagiose in atto e non presenta turbe psico-fisiche tali da non consentire la vita in comunità.

Recapito telefonico del Medico.....

Data

Timbro e Firma del Medico
.....