



**RICHIESTA DI VALUTAZIONE DELL'UNITA' VALUTATIVA INTEGRATA PER
L'AMMISSIONE NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI DEL DISTRETTO DI ANCONA
(CI, RSA, RP)**

Data

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa.....

MEDICO DI MEDICINA GENERALE [tel.....]

DIRIGENTE MEDICO U.O. OSPEDALE [tel.....]

Richiede la valutazione UVI per:

Cognome e Nome.....

nato il città prov.(.....)

residenza..... Tel.....

Referente (cognome, nome, qualifica)..... Tel.....

L' utente è attualmente assistito :

a domicilio in ospedale dal.....presso.....

in (specificare tipologia setting)..... dal.....presso

REQUISITI DI AMMISSIONE IN STRUTTURA RESIDENZIALE (CI, RSA, RP)

Non autosufficienza

Non assistibilità a domicilio

Presenza di disabilità o di patologie croniche stabilizzate multiproblematiche o di esiti invalidanti (temporanei o permanenti) che necessitano di prestazioni sanitarie (assistenziali, curative e/o riabilitative) e socio-assistenziali da parte di personale qualificato.....

ricovero di sollievo

Pazienti post-acuti o cronici riacutizzati per lo più anziani con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica.

Condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento del paziente ad altro regime assistenziale e con obiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie raggiungibili nell'arco del periodo massimo consentito per il ricovero .

Pazienti adulti, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore come in un ricovero per acuti.

Pazienti dimissibili dall'ospedale con malattia diagnosticata stabilizzata dal punto di vista clinico , ma che non può essere trattata in un semplice regime ambulatoriale, domiciliare o di lungo assistenza/mantenimento.

Pazienti provenienti dal proprio domicilio (o strutture residenziali di bassa intensità assistenziale) con patologie tali da non poter essere seguiti adeguatamente in Cure Domiciliari Integrate

Pazienti vulnerabili alle complicanze post-ricovero ospedaliero, in termini di perdita dell'autonomia come conseguenza della malattia acuta (disease-related) o dell' inappropriato allettamento e della prolungata inattività fisica (disuse-related).

Pazienti con necessità di terapia con farmaci H, ma stabili dal punto di vista clinico.

Descrizione delle problematiche assistenziali e sanitarie attive

PAZIENTE Cognome _____ Nome _____

Data compilazione _____ Firma operatore compilatore _____

Diagnosi principale.....

Diagnosi secondarie.....

Terapia in atto (indicare il farmaco in uso e la posologia):.....

Terapia del dolore.....

Farmaco con piano terapeutico.....

RESPIRAZIONE/ AUSILI	<input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia l/min _____ <input type="checkbox"/> Necessarie aspirazioni secrezioni <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tracheostomia (tipo _____ misura _____)
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> SNG posizionato il _____ PEG/PEG-J posizionata il _____ <input type="checkbox"/> Parenterale
DENTATURA	<input type="checkbox"/> Propria <input type="checkbox"/> protesi <input type="checkbox"/> altro _____
DEGLUTIZIONE	<input type="checkbox"/> Disfagia a solidi <input type="checkbox"/> disfagia a liquidi <input type="checkbox"/> deglutizione normale
DIETA	<input type="checkbox"/> Dieta speciale _____ <input type="checkbox"/> Restrizione dietetiche _____
OBESITA' III CLASSE	<input type="checkbox"/> Si Peso Kg* _____ <input type="checkbox"/> No
ELIMINAZIONE URINARIA/AUSILI	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Alterazione urinaria _____ <input type="checkbox"/> catetere vescicale tipo _____ Ch _____ <input type="checkbox"/> Pannolone mis. _____ <input type="checkbox"/> urocontrol <input type="checkbox"/> Stomia urinaria (tipo _____ mis. _____) <input type="checkbox"/> Drenaggio _____
ELIMINAZIONE INTESTINALE/AUSILI	<input type="checkbox"/> Alterazione eliminazione intestinale: _____ <input type="checkbox"/> Utilizzo lassativi o clisteri evacuativi <input type="checkbox"/> Pannolone mis _____ <input type="checkbox"/> colostomia /ileostomia (tipo _____ misura _____) <input type="checkbox"/> Drenaggio _____
MOBILITA'	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> con ausili <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> allettato <input type="checkbox"/> letto/poltrona <input type="checkbox"/> postura obbligata per patologia <input type="checkbox"/> altro
STATO NEUROPSICHICO	<input type="checkbox"/> Vigile e collaborante <input type="checkbox"/> orientato <input type="checkbox"/> disorientato <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> deficit cognitivo <input type="checkbox"/> non risponde <input type="checkbox"/> Capacità di comprendere e comunicare informazioni <input type="checkbox"/> Disturbi comportamentali, se si quali _____
CAPACITA' SENSORIALI DI COMUNICAZIONE	<input type="checkbox"/> Non disturbi <input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio: <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> Disturbi dell'udito <input type="checkbox"/> Disturbi della vista
PRESIDI/ DISPOSITIVI	<input type="checkbox"/> Drenaggi (tipo e sede) _____ <input type="checkbox"/> CVP posizionato il _____ <input type="checkbox"/> CVC in sede _____ tipo _____ posizionato il _____ <input type="checkbox"/> PICC in sede _____ tipo _____ posizionato il _____ <input type="checkbox"/> MIDLINE in sede _____ tipo _____ posizionato il _____

CUTE	<input type="checkbox"/> Integra
	<input type="checkbox"/> Presenza dei fattori di rischio di compromissione dell'integrità cutanea Rischio basso medio alto
	<input type="checkbox"/> Presenza di segni di lesioni da pressione (stadiazione): sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV
	<input type="checkbox"/> Ferite chirurgiche <input type="checkbox"/> ulcere distrofiche <input type="checkbox"/> presenza di lividi <input type="checkbox"/> presenza edemi specificare _____
	<input type="checkbox"/> Presenza di altre lesioni, descrivere _____
UTILIZZO MEZZI DI CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quale.....	
PRESENZA DI DOLORE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
INFEZIONI IN ATTO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quale.....	
NECESSITA ISOLAMENTO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quale.....	
ATTIVITA' GESTIONE DELLA PERSONA	
<input type="checkbox"/> Completamente autonomo (livello 1)	Alimentazione livello _____
<input type="checkbox"/> richiede l'uso di ausili (livello 2)	Igiene della persona livello _____
<input type="checkbox"/> Richiede la supervisione di un'altra persona (livello 3)	Fare il bagno livello _____
<input type="checkbox"/> richiede l'assistenza di un'altra persona (livello 4)	Vestirsi livello _____
<input type="checkbox"/> E' dipendente e non partecipa (livello 5)	Deambulazione livello _____
	Cura dell'aspetto livello _____
	Mobilità nel letto livello _____

PRESIDI E AUSILI

Necessità di (barrare tutti i presidi necessari):

 Letto ortopedico Materasso antidecubito Sponde per letto Carrozzina Deambulatore
IDA: indice dipendenza assistenziale

ALIMENTAZIONE IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE ALVO URINE		IGIENE E CONFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT o NET	1	Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del pz	1	Allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria e dell'alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del pz	2	Mobilizzazione su poltrona
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autosufficiente	4	Autonomo
PROCEDURE DIAGNOSTICHE				PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE	
1	Monitoraggio dei parametri vitali continuo			1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24h	1	Stato soporoso/coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h			2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporo-spaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h			3	Terapia per os, im, ev (comprese le fleboclii)	3	Disorientamento temporo-spaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti			4	Terapia solo per os o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte

Punteggio totale _____

Punteggio da 7 a 11: ALTA dipendenza assistenziale (2)

Punteggio da 12 a 19: MEDIA dipendenza assistenziale (1)

Punteggio da 20 a 28: BASSA dipendenza assistenziale (0)

N.B. Procedure diagnostiche: 1-2 non idoneo per ricovero in cure intermedie.

SCALA NEWS

Cognome _____ Nome _____

Data compilazione _____ Firma operatore compilatore _____

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3	punteggio
Frequenza del respiro	<=8		9-11	12-20		21-24	>=25	
Saturazione d'ossigeno	<=91	92-93	94-95	>=96				
Ossigeno supplementare								
Temperatura corporea	<=35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38.1 - 39,0	>=39,1		
Pressione sistolica	<=90	91-100	101 -110	111 - 219			>=220	
Frequenza cardiaca	<=40		41-50	51 -90	91 - 110	111 - 130	>=131	
Stato di coscienza				vigile			richiamo verbale, dolore provocato, coma	
Punteggio totale								

N.B.I sei punteggi devono essere sommati e, nel caso sia necessario l'ossigeno terapia, deve essere aggiunto il punteggio di due.

Punteggio NEWS	Rischio clinico
0	basso
1 - 4 di somma	
ALLARME ROSSO (quando un solo parametro raggiunge il numero di 3)	medio
5-6 di somma	
=7	alto

Data..... FIRMA DEL MEDICO

ASPETTI SOCIO-ASSISTENZIALI

Cognome _____ Nome _____

Scheda A

CONDIZIONE SOCIOFAMILIARE

- Vive solo
- Vive con il coniuge autonomo
- Soggetto istituzionalizzato
- Altro (specificare) _____
- Vive con il coniuge non autonomo
- Vive con persone che forniscono assistenza continuativa (familiari, badante)
- Può usufruire di persone che forniscono assistenza per alcune ore durante il ricovero (familiari, badante, volontari)

CONDIZIONE ABITATIVA

ABITAZIONE:

- Di proprietà; Affitto : € _____ ; Altro (specificare) _____
- PRESENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE: NO SI interne esterne

Scheda B

CONDIZIONE ECONOMICA

- Titolare di pensione SI NO
- Invalidità civile SI _____ % NO
- Assegno di accompagnamento SI NO
- In corso SI NO
- Totale reddito mensile: € _____

- In carico ai servizi sociali comunali Ass.Soc. _____

SERVIZI TERRITORIALI GIA' ATTIVI:

- SAD
- Assegno di cura
- Cure domiciliari
- Fornitura presidi/ausili: _____

Scheda C

VALUTAZIONE SOCIALE

Data di compilazione _____ Firma _____



**RICHIESTA DI VALUTAZIONE DELL'UNITA' VALUTATIVA INTEGRATA PER
L'AMMISSIONE NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI DEL DISTRETTO DI ANCONA
(CI, RSA, RP)**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
Residente a _____ via/ piazza _____
Tel. _____

in qualità di

- Interessato
 Familiare (_____) o altro caregiver
 Legale rappresentante (_____)
 Del Sig. _____

DICHIARA

- Di accettare la procedura di valutazione finalizzata all'ammissione nelle strutture residenziali convenzionate con il Distretto di Ancona
- Di essere stato informato sulle norme che regolamentano il sistema di compartecipazione alla spesa
- Di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo Privacy 2016/679

Data e luogo _____ Firma _____

PARTE RISERVATA ALL'UVI

Vista la richiesta del MMG/DIRIGENTE MEDICO U.O. OSPEDALE e sulla base della documentazione sanitaria acquisita e della valutazione multidimensionale si giudica l'assistito _____

- IDONEO AL RICOVERO IN :
 C.I.
 RSA
 RP
 NON IDONEO AL RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE

Data e luogo.....

Per L'Unità di Valutazione Distretto di Ancona

Firma del Responsabile.....

AUTORIZZAZIONE ALLA TRASMISSIONE DELLA VALUTAZIONE

Il sottoscritto visto l'esito di cui sopra, autorizza l'UVI a trasmettere l'esito della valutazione alle seguenti strutture:

Firma _____