

Sig/ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

### VALUTAZIONE MEDICA scala CIRS

1. **ASSENTE** : nessuna compromissione di organo/sistema
2. **LIEVE**: la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
3. **MODERATO** : la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività. Il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. colelitiasi, diabete, fratture)
4. **GRAVE** : la compromissione d'organo/sistema produce disabilità. Il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
5. **MOLTO GRAVE** : la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza. Il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia).

1	<b>Patologie cardiache - solo cuore</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
2	<b>Iperensione - si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
3	<b>Patologie vascolari - sangue, vasi, midollo, sistema linfatico</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
4	<b>Patologie respiratorie - polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
5	<b>O.O.N.G.L. - occhio, orecchio, naso, gola, laringe</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
6	<b>Apparato G.I. superiore - esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
7	<b>Apparato G.I. inferiore - intestino, ernie</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
8	<b>Patologie epatiche - solo fegato</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
9	<b>Patologie renali - solo rene</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
10	<b>Altre patologie genito-urinarie - ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
11	<b>Sistema muscolo scheletrico - cute - muscoli, scheletro, tegumenti</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
12	<b>Patologie sistema nervoso centrale e periferico - non include la demenza</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
13	<b>Patologie endocrine - metaboliche - include diabete, infezioni, stati tossici</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
14	<b>Patologie psichiatriche - comportamentali - demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5

**DIAGNOSI e BREVE VALUTAZIONE SANITARIA:**

.....  
.....  
...  
.....  
.....

## TERAPIE IN ATTO :

.....  
.....  
.....

### VALUTAZIONE NECESSITA' ASSISTENZIALI

#### TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

1. Incapace di collaborare al trasferimento. Sono necessari due assistenti per trasferire il paziente con o senza l'uso del sollevatore
2. In grado di collaborare ma è richiesta un notevole grado di assistenza da parte di un operatore in tutte le fasi del trasferimento
3. Il trasferimento richiede assistenza da parte di un operatore. L'assistenza può essere richiesta per alcuni aspetti del trasferimento
4. E'richiesta la presenza di un'altra persona sia per infondere fiducia che per assicurare supervisione e sicurezza
5. Il paziente è in grado, senza correre pericoli,di accostare il letto manovrando una carrozzina,bloccarne i freni,sollevarre le pedane poggiapiedi,salire sul letto,coricarvisi,passare alla posizione seduta sul bordo del letto, spostare la sedia a rotelle, risedercisi sopra. Si richiede autonomia in tutte le fasi del trasferimento.

#### DEAMBULAZIONE

1. Dipendente rispetto alla deambulazione
2. Durante la deambulazione è indispensabile la presenza costante di una o più persone
3. E' necessario aiuto per raggiungere e/o manovrare gli ausili. L'assistenza viene fornita da una persona
4. Il paziente è autonomo nella deambulazione, ma non riesce a percorrere 50 metri senza ricorrere ad aiuto, o altrimenti risulta necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
5. Qualora necessario il paziente deve essere in grado di indossare dei corsetti,allacciarli e slacciarli,assumere la posizione eretta,sedersi e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve essere in grado di adoperare stampelle, bastone o un deambulatore, e percorrere 50 m.. senza aiuto o supervisione

#### LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE *(solo se incapace di camminare)*

1. Dipendente per la locomozione in carrozzina
2. Il paziente può avanzare per proprio conto per brevi tratti, su superficie piana;riguardo tutti gli altri aspetti della locomozione in carrozzina necessita di aiuto e assistenza
3. E' indispensabile la presenza di una persona,ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
4. Il paziente riesce a spingersi per durate ragionevoli su terreni di più consueta percorrenza. E' tuttavia ancora necessario aiutarlo limitatamente agli spazi più angusti
5. Per essere giudicato autonomo il paziente deve essere capace di girare attorno agli spigoli e su stesso con la sedia a rotelle,di accostarla al tavolo,al letto,al wc ecc.Il paziente deve riuscire a percorrere almeno 50 m.

#### IGIENE PERSONALE

1. Il paziente non può provvedere all'igiene personale ed è dipendente in tutte le funzioni
2. L'assistenza è richiesta per tutti i punti dell'igiene personale
3. Una certa assistenza è richiesta per uno o più punti dell'igiene personale
4. Il paziente può provvedere alla sua igiene personale, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo le operazioni.
5. Il paziente può lavarsi le mani e la faccia, pettinarsi,lavarsi i denti e radersi. Un paziente maschio può usare qualsiasi genere di rasoio,inserire la lametta,o la spina del rasoio elettrico senza aiuto,così come prenderlo dal cassetto o dall'armadio. Una paziente femmina deve essere in grado di truccarsi ( se si trucca abitualmente);non è richiesto che sappia fare la treccia o acconciarsi i capelli

## ALIMENTAZIONE

1. Completamente dipendente
2. Può maneggiare una posata, solitamente un cucchiaino, ma qualcuno deve fornire assistenza durante i pasti
3. Il paziente riesce ad alimentarsi sotto supervisione. E' richiesta assistenza per operazioni quali mettere il latte e lo zucchero nel the, aggiungendo il sale ed il pepe, spalmare il burro, girando un piatto o altre attività di "messa a punto"
4. Indipendente nell'alimentazione ( con il vassoio preparato). Può essere richiesta assistenza per tagliare la carne, aprire il cartone del latte, il coperchio del vaso ecc. La presenza di un'altra persona non è richiesta
5. Il paziente può alimentarsi da solo dal vassoio o dal tavolo se qualcuno mette l'alimento in modo da poter essere raggiunto. Il paziente deve poter utilizzare un dispositivo se necessario, tagliare l'alimento, usare sale e pepe se lo desidera, spalmare il burro ecc.

## VALUTAZIONE COGNITIVA:

### SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire

	SI	NO
1) Che giorno è oggi? (giorno, mese, anno)	0	1
2) Che giorno è della settimana ?	0	1
3) Qual è il nome di questo posto ?	0	1
4) Qual è il suo numero di telefono ? (o indirizzo)	0	1
5) Quanti anni ha ?	0	1
6) Quando è nato?	0	1
7) Chi è l'attuale Papa (o Presidente della Repubblica) ?	0	1
8) Chi era il precedentemente Papa ( o Presidente ) ?	0	1
9) Qual'era il cognome di sua madre da ragazza ?	0	1
10) Faccia "20 meno 3" e ancora meno 3 fino a 2	0	1

NUMERO DI ERRORI : \_\_\_\_\_

*E' consentito un errore in più in caso di istruzione inferiore  
E' consentito un errore in meno in caso di istruzione superiore*

0-2 errori : assenza di deterioramento	Livello di istruzione :
3-4 errori : deterioramento lieve	<input type="checkbox"/> : analfabeta
5-7 errori : deterioramento medio	<input type="checkbox"/> : scuola dell'obbligo
8-10 errori : deterioramento grave	<input type="checkbox"/> : scuola superiore

## VALUTAZIONE COMPORTAMENTO (GBS parziale) :

### CONFUSIONE

1. E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata
2. E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe
3. Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4. E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente

### IRRITABILITÀ

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

## IRREQUIETEZZA

1. Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2. Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano
3. Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
4. Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

## PER EVENTUALE INSERIMENTO IN NUCLEO ALZHEIMER

- Presenza di :  deliri/allucinazioni
- agitazione/ aggressività
- wandering/affaccendamento
- disinibizione/esaltazione/euforia

## ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO:

Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Malattie Infettive	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Malattia progressiva S.N.C.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Accidenti cerebrali	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> recenti	<input type="checkbox"/> pregressi
Esiti :	<input type="checkbox"/> afasia	<input type="checkbox"/> paraparesi	<input type="checkbox"/> disfasia
	<input type="checkbox"/> emiparesi	<input type="checkbox"/> tetraparesi	
	<input type="checkbox"/> altro .....		
Trauma/intervento chirurgico:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Se si	<input type="checkbox"/> frattura femore	<input type="checkbox"/> altre fratture	
	<input type="checkbox"/> protesi anca	<input type="checkbox"/> altri interventi chirurgici :	
	.....		
Lesioni da decubito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

## AUSILI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI

Ossigeno	<input type="checkbox"/> 6 ore/die	<input type="checkbox"/> continuato
Ventilatore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PEG/SNG	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

data \_\_\_\_\_

timbro e firma del medico \_\_\_\_\_