

VALUTAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE PRE-INGRESSO

Sig. _____

DEAMBULAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Non in grado di deambulare autonomamente 2) Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione 3) Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi 4) Indipendente ma con autonomia limitata (50 metri). Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose 5) Autonomo in tutti gli spostamenti
IGIENE PERSONALE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente. 2) Necessita di aiuto per tutte le operazioni. 3) Necessita di aiuto per una o più operazioni. 4) In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni. 5) Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.
TRASFERIMENTI LETTO/SEDIA E VICEVERSA	<ol style="list-style-type: none"> 1) Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevatore. 2) Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento. 3) Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento. 4) Indipendente in tutte le fasi. Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza. 5) Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina.
UTILIZZO DELLA CARROZZINA (compilare solo se la utilizza e se punteggio=1 in DEAMBULAZIONE)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina. 2) Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre. 3) E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc. 4) Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette. 5) Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.). L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.
ALIMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Totalmente dipendente, deve essere imboccato. 2) Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio). 3) Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc. 4) Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona. 5) Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività: tagliare, spalmare, ecc.)

VALUTAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE PRE-INGRESSO

Sig. _____

CONFUSIONE	1) Completamente confuso, incapace di comunicare 2) Chiaramente confuso, non si comporta come dovrebbe 3) Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nel tempo e nello spazio 4) Lucido e orientato																														
IRRITABILITA'	1) Qualsiasi contatto è causa di irritabilità 2) Uno stimolo esterno che non dovrebbe, scatena una reazione 3) Mostra ogni tanto segni di irritabilità 4) Non irritabile, tranquillo																														
IRREQUIETEZZA	1) Molto irrequieto, cammina avanti e indietro incessantemente, si agita, gesticola 2) Appare chiaramente irrequieto 3) Saltuari momenti di irrequietezza 4) Tranquillo																														
DIURESI Continente <input type="checkbox"/> Incontinente <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> Presidi assorbenti <input type="checkbox"/> Note: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">ALVO</th></tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Continente <input type="checkbox"/> Incontinente <input type="checkbox"/> Stipsi <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Irregolare <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Note: _____ </td><td style="width: 50%; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">ULCERE DA DECUBITO</th></tr> <tr> <th style="width: 50%; text-align: left; padding: 5px;">Sede</th><th style="width: 50%; text-align: left; padding: 5px;">Stadio</th></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Dimensione</td><td></td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sacro</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">① ② ③ ④</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">cm. _____</td><td></td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Malleolo dx sn</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">① ② ③ ④</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">cm. _____</td><td></td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Trocantere dx sn</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">① ② ③ ④</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">cm. _____</td><td></td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Tallone dx sn</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">① ② ③ ④</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">cm. _____</td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Altra: _____</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Medicazioni all'ingresso: _____</td></tr> </table> </td></tr> </table>	ALVO		Continente <input type="checkbox"/> Incontinente <input type="checkbox"/> Stipsi <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Irregolare <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Note: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">ULCERE DA DECUBITO</th></tr> <tr> <th style="width: 50%; text-align: left; padding: 5px;">Sede</th><th style="width: 50%; text-align: left; padding: 5px;">Stadio</th></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Dimensione</td><td></td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sacro</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">① ② ③ ④</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">cm. _____</td><td></td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Malleolo dx sn</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">① ② ③ ④</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">cm. _____</td><td></td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Trocantere dx sn</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">① ② ③ ④</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">cm. _____</td><td></td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Tallone dx sn</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">① ② ③ ④</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">cm. _____</td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Altra: _____</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Medicazioni all'ingresso: _____</td></tr> </table>	ULCERE DA DECUBITO		Sede	Stadio	Dimensione		Sacro	① ② ③ ④	cm. _____		Malleolo dx sn	① ② ③ ④	cm. _____		Trocantere dx sn	① ② ③ ④	cm. _____		Tallone dx sn	① ② ③ ④	cm. _____		Altra: _____		Medicazioni all'ingresso: _____	
ALVO																															
Continente <input type="checkbox"/> Incontinente <input type="checkbox"/> Stipsi <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Irregolare <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Note: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">ULCERE DA DECUBITO</th></tr> <tr> <th style="width: 50%; text-align: left; padding: 5px;">Sede</th><th style="width: 50%; text-align: left; padding: 5px;">Stadio</th></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Dimensione</td><td></td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sacro</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">① ② ③ ④</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">cm. _____</td><td></td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Malleolo dx sn</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">① ② ③ ④</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">cm. _____</td><td></td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Trocantere dx sn</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">① ② ③ ④</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">cm. _____</td><td></td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Tallone dx sn</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">① ② ③ ④</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">cm. _____</td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Altra: _____</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Medicazioni all'ingresso: _____</td></tr> </table>	ULCERE DA DECUBITO		Sede	Stadio	Dimensione		Sacro	① ② ③ ④	cm. _____		Malleolo dx sn	① ② ③ ④	cm. _____		Trocantere dx sn	① ② ③ ④	cm. _____		Tallone dx sn	① ② ③ ④	cm. _____		Altra: _____		Medicazioni all'ingresso: _____					
ULCERE DA DECUBITO																															
Sede	Stadio																														
Dimensione																															
Sacro	① ② ③ ④																														
cm. _____																															
Malleolo dx sn	① ② ③ ④																														
cm. _____																															
Trocantere dx sn	① ② ③ ④																														
cm. _____																															
Tallone dx sn	① ② ③ ④																														
cm. _____																															
Altra: _____																															
Medicazioni all'ingresso: _____																															
PATOLOGIE MAGGIORI																															
TERAPIA IN ATTO																															
RIFERIMENTI	<input type="checkbox"/> Amministratore di Sostegno _____ <input type="checkbox"/> Tutore _____ <input type="checkbox"/> Familiare di riferimento _____																														
BISOGNI PARTICOLARI																															

Data _____

Il medico _____