

SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO ALLE
CURE INTERMEDIE, RIABILITATIVE, RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI (RSA / RP),
DIMISSIONE PROTETTA

DATI DELLA STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE

Presidio Ospedaliero / Struttura
Reperto / U.O. / Servizio richiedente
Telefono

ASL di appartenenza
Codice reparto
e-mail

Provenienza del paziente al momento della richiesta:

☐ Presidio Ospedaliero Pubblico ☐ Struttura Privata Accreditata ☐ Ospedale di Comunità

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita ____/____/____	
Sesso ☐ Maschio ☐ Femmina		
Nazionalità ☐ Italiana ☐ Extracomunitaria ☐ Unione Europea		
Stato Civile ☐ Celibe/Nubile ☐ Separato/a ☐ Coniugato/a convivente ☐ Vedovo/a ☐ Non dichiarato		
Invalidità Civile ☐ Si ☐ No ☐ Legge 104/1992 (allegare documentazione)		
Codice Fiscale		
Residenza:		
Comune	Frazione/Contrada	
Via	n° civico	
Domicilio:		
Comune	Frazione/Contrada	
Via	n° civico	
ASL di residenza		
Recapiti telefonici 1° rec.		2° rec.
Familiare di riferimento (o Caregiver) Amministratore di Sostegno:		
Cognome		Nome
Recapiti telefonici 1° rec.		2° rec.
MMG o PLS del paziente		
Motivo del ricovero		
Data presunta di dimissione ____/____/____		
Diagnosi principale di dimissione		
1^ diagnosi concomitante		
2^ diagnosi concomitante		

Proposta di ammissione per

☐ Prestazioni riabilitative ex art. 26

☐ RSA / RP

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

Data evento acuto ____/____/____

Disabilità da trattare

Elevato indice di comorbidità ☐ Si ☐ No

Stato di coscienza ☐ Orientato ☐ Disorientato ☐ Coma

Respirazione ☐ Autonoma ☐ Ventilazione O2 tp L\min _____ ☐ Meccanica ☐ Tracheostomia

Paziente collaborante ☐ Si ☐ No

Deambulazione autonoma ☐ Si ☐ No Con ausili ☐ Si ☐ No

Alimentazione ☐ Autonoma ☐ SNG ☐ PEG ☐ APT ☐ altro: _____

Continenza urinaria ☐ Si ☐ No

(☐ pannoloni ☐ catetere vescicale ☐ altro)

tipo catetere _____

data posizionamento ____/____/____

specifica altra tipologia _____

Catetere fecale ☐ Si ☐ No

Evacuazione spontanea ☐ Si ☐ No

Portatore di stomia ☐ No ☐ Si

Modello e misura _____

CVC o CVP ☐ No ☐ Si

Tipo e gestione _____

data posizionamento ____/____/____

Allergie e intolleranze

Lesioni da decubito ☐ No ☐ Si

Sede e grado _____

SCALA BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score)

ETA' (una sola opzione)	Punteggio	MODELLO COMPORTAMENTALE	Punteggio
55 anni o meno	0	Appropriato	0
56 – 64 anni	1	Wandering (confuso)	1
65 – 79 anni	2	Agitato	1
80 anni e più	3	Confuso	1
		Altro	1
CONDIZIONI DI VITA E SUPPORTO SOCIALE (una sola opzione)	Punteggio	MOBILITA' (una sola opzione)	Punteggio
Vive col coniuge	0	Deambula	0
Vive con la famiglia	1	Deambula con aiuto di ausili	1
Vive solo con il sostegno del familiare	2	Deambula con assistenza	2
Vive solo con il sostegno di amici/conoscenti	3	Non deambula	3
Vive solo senza alcun sostegno	4		
Assistenza domiciliare/residenziale	5		
STATO FUNZIONALE (una sola opzione)	Punteggio	DEFICIT SENSORIALI (una sola opzione)	Punteggio
Autonomo (indipendente in ADL e IADL)	0	Nessuno	0
Dipendente in Alimentazione/nutrizione	1	Deficit visivi o uditivi	1
Dipendente in Igiene/abbigliamento	1	Deficit visivi e uditivi	2
Dipendente in Andare in bagno	1		
Dipendente in Spostamenti/mobilità	1		
Dipendente in Incontinenza intestinale	1		
Dipendente in Incontinenza urinaria	1		
Dipendente in Preparazione del cibo	1		
Dipendente in Responsabilità nell'uso di medicinali	1		
Dipendente in Capacità di gestire il denaro	1		
Dipendente in Fare acquisti	1		
Dipendente in Utilizzo di mezzi di trasporto	1		
STATO COGNITIVO (una sola opzione)	Punteggio	NUMERO DI RICOVERI PREGRESSI AL PRONTO SOCCORSO (una sola opzione)	Punteggio
Orientato	0	Nessuno negli ultimi 3 mesi	0
Disorientato in alcune sfere* qualche volta	1	Uno negli ultimi 3 mesi	1
Disorientato in alcune sfere* sempre	2	Due negli ultimi 3 mesi	2
Disorientato in tutte le sfere* qualche volta	3	Più di due negli ultimi 3 mesi	3
Disorientato in tutte le sfere* sempre	4		
Comatoso	5		
* Sfere: spazio, tempo, luogo e sé		NUMERO DI PROBLEMI CLINICI ATTIVI (una sola opzione)	Punteggio
		Tre problemi clinici	0
		Da tre a cinque problemi clinici	1
		Più di cinque problemi clinici	2
		NUMERO DI FARMACI ASSUNTI (una sola opzione)	Punteggio
		Meno di tre farmaci	0
		Da tre a cinque farmaci	1
		Più di cinque farmaci	1

PUNTEGGIO TOTALE (somma dei punteggi)	
☐ 0 - 10	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
☐ 11 - 19	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma, probabilmente, senza rischio di istituzionalizzazione
☐ > 20	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni

Valutazione Rischio Infettivo

Tampone di sorveglianza rettale per CRE/KPC ☐ Si ☐ No

Tampone di sorveglianza nasale MRSA ☐ Si ☐ No

ASPETTI DI RILEVANZA SOCIALE

☐ Si Specificare _____

☐ No

PREVISIONE BISOGNI ASSISTENZIALI

Prestazioni infermieristiche ☐ Si ☐ No

Medicazioni ☐ Si Sede _____

☐ No Accessi settimanali: n.volte _____

Terapia Riabilitativa

Assistenza specialistica ☐ Si ☐ No

Necessità Ausili/protesi ☐ Si ☐ No

PIANIFICAZIONE EVENTUALE TRASPORTO

Il Paziente necessita di trasporto? ☐ Si ☐ No

Barella: ☐ Si ☐ No

Necessita di O² tp: ☐ Si ☐ No

Tracheostomia ☐ Si ☐ No

Presenza barriere architettoniche ☐ Si* ☐ No

* Specificare

Necessita di personale infermieristico durante il trasporto: ☐ Si ☐ No

Peso paziente Kg _____

IL COMPILATORE

Tipo di compilatore:

☐ Medico Ospedaliero

☐ Case Manager

☐ Infermiere

☐ Altro (indicare) _____

Cognome e Nome del compilatore

Presidio Ospedaliero / Struttura / Servizio

Reparto / U.O.

Recapito tel.

ASL

e-mail

Data ____/____/____

Il responsabile dell'U.O./Reparto/Servizio

Firma del paziente

Firma del familiare di riferimento (o caregiver)

Amm.re di sostegno

Tutore legale

Fiduciario

D.A.T.

Infermiere
