

Motivo della richiesta

deficit della deambulazione (*specificare*) _____

impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione (*specificare*)

non autosufficienza

presenza di gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (*specificare*)

- malati terminali (oncologici e non)
- gravi fratture (in anziani)
- malattia vascolare acuta;
- insufficienza cardiaca in stato avanzato;
- insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
- grave artropatia degli arti inferiori con gravi limitazioni;
- arteriopatia obliterante degli arti inferiori con gravi limitazioni;
- cerebropatia e/o cerebroleso con forme gravi;
- paraplegico e/o tetraplegico;
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza;

dimissione protetta da Struttura Ospedaliera

altro _____

DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

PROFILO DELL'AUTONOMIA (INDICARE CON UNA X)

Profilo cognitivo

- lucido
 confuso
 molto confuso e stuporoso
 problemi comportamentali prevalenti

Profilo mobilità

- si sposta da solo
 si sposta assistito

Profilo funzionale

- autonomo o quasi
 dipendente
 totalmente dipendente

Profilo sanitario

- bassa
 intermedia
 elevata

Profilo sociale

- ben assistito
 parzialmente assistito
 non sufficientemente assistito

Programma proposto del Medico proponente

Accessi MMG/PLS:

SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi Infermiere:

SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi Fisioterapista:

SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi operatore sociale:

SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista 1:

(specificare_____)

SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista 2:

(specificare_____)

SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi psicologici:

(specificare_____)

SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi altri operatori:

(specificare_____)

SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Durata presunta dell'intervento (indicare il numero dei giorni effettivi): _____

Obiettivi dell'intervento (sintetica discrezione dei risultati attesi) _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA: _____

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Attività lavorativa	Attività quotidiane	Cura personale	Sintomi / supporto sanitario	
completa	completa	completa	nessuno	100 <input type="checkbox"/>
lieve difficoltà	lieve difficoltà a camminare	completa	segni/sintomi minori / calo ponderale < 5% / calo energie	90 <input type="checkbox"/>
lieve-grave difficoltà	lieve/moderata difficoltà a camminare/guidare	lieve difficoltà	alcuni sintomi / calo ponderale < 10% / calo moderato di energie	80 <input type="checkbox"/>
inabile	moderata difficoltà / si muove prevalentemente in casa	moderata difficoltà	alcuni segni/sintomi / calo grave di energie	70 <input type="checkbox"/>
	Grave difficoltà a camminare e guidare	moderata-grave difficoltà	segni/sintomi maggiori / grave calo ponderale > 10%	60 <input type="checkbox"/>
	alzato per più del 50% ore giorno	grave difficoltà	supporto sanitario frequente / paziente ambulatoriale	50 <input type="checkbox"/>
	a letto per più del 50% ore giorno	limitata alla cura di sé	assistenza sanitaria straordinaria / frequenza e tipo interventi	40 <input type="checkbox"/>
	inabile	inabile	indicato ricovero ospedaliero o domiciliare / supporto sanitario a > intensità	30 <input type="checkbox"/>
			grave compr. una/più funzioni vitali irreversibile	20 <input type="checkbox"/>
			rapida progressione processi biologici mortali	10 <input type="checkbox"/>
			morto	0 <input type="checkbox"/>

VALUTAZIONE INSTABILITÀ CLINICA (SIC)

0. Stabile:

Con problemi clinici che necessitano di un monitoraggio medico-infermieristico e/o strumentale (M-MI/S) programmabile, anche circa-bisettimanale

1. Moderatamente stabile:

Con problemi clinici che necessitano di un M-MI/S programmabile una o più volte/settimana ma non quotidiano

2. Moderatamente instabile:

Con problemi clinici che necessitano di un M-MI/S routinario una volta al giorno

3. Instabile:

Con problemi clinici che necessitano di M-MI/S semi intensivo quotidiano (almeno un altro accesso oltre a quello previsto di routine)

4. Altamente instabile:

*Con problemi clinici che necessitano di MMI/S intensivo pluriquotidiano (almeno due altri accessi oltre a quello previsto di routine * Monitoraggio medico-infermieristico e /o strumentale significa: visita medica completa o valutazione attenta "problema orientata" e/o esami di laboratorio e/o strumentali.*