

Scheda per l'ammissione del paziente in Cure Intermedie

CURE INTERMEDIE dei pazienti dal territorio e da ospedale

Data segnalazione _____

Cognome _____ Nome _____ Data e luogo di nascita _____

Zona di residenza ☐ ex USL1 Massa ☐ ex USL2 Lucca ☐ ex USL5 Pisa ☐ ex USL6 Livorno ☐ ex USL12 Viareggio

Città _____ Indirizzo _____

Casa/RSA/RSD/altra struttura residenziale _____ (specificare il nome)

Presidio Ospedaliero _____ Reparto _____ Telefono _____

Familiare/caregiver _____ Grado di parentela _____ Telefono _____

Stato civile _____

Diagnosi _____

Motivo della dimissione _____

Medico Ospedaliero di riferimento _____ Telefono _____

Medico di Medicina Generale _____ Telefono _____

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3	TOT
Frequenza Respiratoria	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25	
Saturazione d'ossigeno	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96				
Ossigeno supplementare		YES		NO				
Temperatura corporea	≤ 35.0		35.1-36	36.1-38	38.1-39	≥ 39.1		
Pressione sistolica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220	
Frequenza cardiaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	101-130	≥ 131	
Stato di coscienza				A			V P or U	

Scheda per l'ammissione del paziente in Cure Intermedie

Patologie concomitanti:

- ipertensione arteriosa
- diabete mellito
- cardiopatia ischemica
- pneumopatia cronica
- obesità
- neoplasia attiva
- demenza

Notizie clinico- assistenziali rilevanti:

Condizione clinica attuale _____

Tampone rettale per i batteri multi-resistenti ☐ negativo ☐ positivo a _____

Livello di autonomia funzionale

- utilizzo ausili per la deambulazione ☐ SI ☐ NO
- igiene personale ☐ SI ☐ NO
- alimentazione ☐ SI ☐ NO
- evacuazione ☐ SI ☐ NO
- passaggi posturali ☐ indipendente ☐ con aiuto ☐ dipendente
- stato nutrizionale ☐ adeguato ☐ obesità ☐ malnutrizione KG
- disabilità comunicativa ☐ nessuna ☐ lieve ☐ moderata ☐ grave

Altro: _____

Terapia in corso:

- assenza di terapia ☐ si ☐ no
- terapia solo orale ☐ si ☐ no
se si quali _____
- terapia infusione ☐ si ☐ no farmaci ospedalieri ☐ si ☐ no
se si quali _____
- terapia sostitutiva per tossicodipendenti ☐ si ☐ no
se si quali _____
- O2 a bassi flussi (2-3 l/min) ☐ si ☐ no

Scheda per l'ammissione del paziente in Cure Intermedie

Condizione socio/abitativa:

Stato di provenienza ☐ Italia ☐ Estero

se paziente straniero ☐ STP ☐ assicurazione privata ☐ altro

Livello di istruzione _____

Posizione professionale _____

Supporto familiare ☐ presente (vive in famiglia e i membri sono in grado di fornire il supporto necessario)

☐ parziale (vive solo oppure i famiglia ma i fagliari, anche se presenti, non sono in grado di fornire il supporto necessario)

☐ assente vive solo e non ci sono figure di riferimento)

Supporto sociale presente ☐ si ☐ no

se si indicare il nominativo e recapito telefonico _____

Amministratore di sostegno ☐ si ☐ no ☐ non necessario

se si indicare il nominativo e recapito telefonico _____

Contesto abitativo ☐ barriere architettoniche ☐ facilmente accessibile

Obiettivo del ricovero

☐ stabilizzazione clinico assistenziale (convalescenza, monitoraggio funzioni vitali, ecc.)

☐ recupero e miglioramento funzionale

Notizie psicologico- relazionali rilevanti:



Scheda per l'ammissione del paziente in Cure Intermedie

SCHEDA INFERMIERISTICA

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____

PRESTAZIONE	SI	NO	TIPO	DATA POSIZIONAMENTO	DATA MEDICAZIONE FREQUENZA
Ferite chirurgica					
Drenaggio					
Presenza di lesioni da pressione			<input type="checkbox"/> sacrale <input type="checkbox"/> trocantere dx <input type="checkbox"/> trocantere sx <input type="checkbox"/> dorsale <input type="checkbox"/> tallone dx <input type="checkbox"/> tallone sx <input type="checkbox"/> altro _____		
Portatore di CVC					
N.P.T.			Prodotto _____ velocità inf. _____		
Portatore SNG			Prodotto _____ velocità inf. _____		
Portatore PEG			Prodotto _____ velocità inf. _____		
Catetere vescicale a permanenza					
Presenza di tracheostomia					
Necessita di cure palliative					
Necessita di terapia antalgica					

Nominativo compilatore _____ Data _____

**Scheda per l'ammissione del paziente
in Cure Intermedie****VALUTAZIONE MEDICO E INFERMIERE ACOT PER ASSEGNAZIONE POSTO LETTO**

Struttura assegnata _____

Note _____

Nome e cognome Medico ACOT: _____

Firma _____ Data di compilazione __/__/__

Nome e cognome Infermiere ACOT: _____

Firma _____ Data di compilazione __/__/__