

**Scheda per l'ammissione del paziente  
in Cure Intermedie**

**CURE INTERMEDIATE  
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 FISIOLOGICI	3	2	1	0	1	2	3	TOT
Frequenza Respiratoria	$\leq 8$		9-11	12-20		21-24	$\geq 25$	
Saturazione d'ossigeno	$\leq 91$	92-93	94-95	$\geq 96$				
Ossigeno supplementare		YES		NO				
Temperatura corporea	$\leq 35.0$		35.1-36	36.1-38	38.1-39	$\geq 39.1$		
Pressione sistolica	$\leq 90$	91-100	101-110	111-219			$\geq 220$	
Frequenza cardiaca	$\leq 40$		41-50	51-90	91-110	101-130	$\geq 131$	
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       mederata       grave

Altro:  
 \_\_\_\_\_

**Terapia in corso:**

- assenza di terapia       si       no
- terapia solo orale       si       no  
se si quali \_\_\_\_\_
- terapia infusionale       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 famigliari, 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_