



QUESTIONARIO SANITARIO

(da compilarsi a cura dell'Istituto di provenienza o del Medico Curante)

Il/La Signore/ra _____

nato/a _____ (____) il _____

residente nel Comune di _____ (____)

Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Cod. Fiscale _____ tel. _____

Il/La Signore/ra si trova attualmente: Ospedale Altro Istituto Domicilio

CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (C.I.R.S.)

Descrizione della scala di valutazione

0. **Non c'è alcun problema**, rispettivamente un tempo ce n'era uno, ma non rilevante dal punto di vista clinico.
1. **Problema leggero**: attuale problema leggero o problema significativo in passato.
2. **Problema medio**: handicap o morbilità di grado medio e/o necessità di una terapia di prima linea.
3. **Problema grave**: problema grave e/o handicap costante e significativo e/o problemi cronici difficili da controllare (schema terapeutico complesso).
4. **Problema estremamente grave**: problema estremamente grave e/o necessità di terapia immediata e/o collasso degli organi e/o disturbo funzionale grave.

Sistema organico

Valutazione

	compro- missione/ danno assente/o	lieve/o	mode- rata/o	grave	molto grave
1. Cardiaco (solamente il cuore)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Ipertensione arteriosa (valutazione basata sulla gravità; le lesioni agli organi sono valutate separatamente) ..	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Vascolare (sangue, vasi sanguigni e cellule ematiche, midollo osseo, milza, gangli)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea al di sotto della laringe)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Occhi, orecchie, naso, faringe, laringe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



QUESTIONARIO SANITARIO

(da compilarsi a cura dell'Istituto di provenienza o del Medico Curante)

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6. Apparato gastro-intestinale superiore (esofago, stomaco e duodeno; pancreas; <u>escluso</u> diabete) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 7. Apparato gastro-intestinale inferiore (intestino, ernie) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8. Epatico (fegato e dotti biliari)..... | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 9. Renale (solamente i reni) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 10. Apparato genito-urinario (ureteri, vescica, uretra, prostata, apparato genitale) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 11. Sistema muscolo-scheletrico e cute (muscoli, scheletro, tegumenti) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 12. Sistema nervoso centrale e periferico (cervello, midollo spinale, nervi; <u>esclusa</u> demenza) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 13. Sistema endocrino-metabolico (<u>compreso</u> diabete, tiroide; mammella; infezioni sistemiche; intossicazioni)..... | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 14. Disturbi psichiatrici/comportamentali (<u>compresi</u> demenza, depressione, ansia, agitazione/delirio, psicosi)..... | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

Valutazione sintetica dello stato di salute in relazione alla severità clinica e comorbilità.

(2) NESSUNA/ LIEVE COMPROMISSIONE (4) MODERATA COMPROMISSIONE (8) GRAVE COMPROMISSIONE

TERAPIA IN ATTO



QUESTIONARIO SANITARIO

(da compilarsi a cura dell'Istituto di provenienza o del Medico Curante)

SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICA PER L'ACCESSO AI SERVIZI SOCIO SANITARI

ITEMS TRATTI DALLA SCALA "BASIC ACTIVITIES OF DAILY LIVING" (VALUTAZIONE FUNZIONALE DI BARTHEL)

<u>MOBILITA'</u> <u>DEAMBULAZIONE</u>	<u>NESSUN</u> <u>DEFICIT</u>	<u>DEFICIT LIEVE</u>	<u>DEFICIT</u> <u>MODERATO</u>	<u>DEFICIT GRAVE</u>	<u>DEFICIT</u> <u>MOLTO GRAVE</u>
IGIENE PERSONALE					
ALIMENTAZIONE					
SPOSTAMENTI SEDIA- LETTO					
DEAMBULAZIONE					
LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLA					

VALUTAZIONE SINTETICA DEL GRADO DI COMPROMISSIONE DELLA MOBILITA'/DEAMBULAZIONE

(8) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE (8) MODERATA COMPROMISSIONE (32) GRAVE COMPROMISSIONE

COGNITIVITA' E COMPORTAMENTO: SCALA DI GOTTFRIES – BRANE- STEENE (GBS)

<u>SINTOMATOLOGIA</u>	<u>ASSENTE</u>	<u>LIEVE</u>	<u>MODERATA</u>	<u>GRAVE</u>
CONFUSIONE				
IRRITABILITA'				
IRREQUIETEZZA				

PATOLOGIE PSICHIATRICHE/ COMPORTAMENTALI (14° item C.I.R.S.: demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

Diagnosi _____ 1 2 3 4 5



QUESTIONARIO SANITARIO

(da compilarsi a cura dell'Istituto di provenienza o del Medico Curante)

VALUTAZIONE SINTETICA DELLA GRAVITA' DEL DISTURBO COGNITIVO E COMPORTAMENTALE

(4) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE (8) MODERATA COMPROMISSIONE (16) GRAVE COMPROMISSIONE

ALTRE CONDIZIONI DI RILEVANZA CLINICA

- LESIONE DA DECUBITO
- CATETERE URINARIO a permanenza
- STOMI: URETEROSTOMIE COLOSTOMIA TRACHEOSTOMIA ALTRO _____
- INSUFFICIENZA RESPIRATORIA OSSIGENO TERAPIA AL BISOGNO OSSIGENO TERAPIA CONTINUA VENTILATORE
- ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE SNG (SOND. NASO GASTRICO) PEG (SOND. PERCUTANEO ENDOGASTRICA) NTP (NUTRIZ. PARENT. TOTALE)
- DIABETE insulina dipendente
- INSUFFICIENZA RENALE EMODIALISI DIALISI PERITONEALE
- ALTRO _____

ANAMNESI PATOLOGICA RECENTE/CONDIZIONE IGIENICO SANITARIA

Certifico che Il/La Signore/ ra _____ è esente da malattie infettive e contagiose e non presenta malattie psichiche che controindicano la vita in comunità.

Lì, _____

Il Medico Curante/Responsabile Istituto di provenienza

(Nome e cognome)

Tel. _____ Timbro e firma _____