

SCHEDA PROPOSTA PERCORSO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

ASL	REGIONE PUGLIA
SCHEDA PROPOSTA DI PERCORSO RIABILITATIVO INDIVIDUALE	

Cognome	Nome	Data di nascita
Indirizzo	Città	Tel.

I.D. richiedente la consulenza Fisiatrica:	Medico:
Recapiti: Tel. FAX	E-mail
Voti o della consulenza:	

Ambiti dei bisogni clinico-assistenziali:

Lette (decubiti):	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Sede	Stadio
Respirazione:	Spont. <input type="checkbox"/>	Cannula <input type="checkbox"/>		O2 <input type="checkbox"/> l/.. Ventil. <input type="checkbox"/>
Distagia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Alimentazione	os <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	PEG <input type="checkbox"/>	VC <input type="checkbox"/>
Catetere Vesicale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Carico	Parz. <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Totale <input type="checkbox"/>	
Iperpiressia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	se si specificare da quanto tempo	
Agitazione psicomotoria	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Stato di coscienza:	Vigile <input type="checkbox"/>	Obnubilato <input type="checkbox"/>	Comiuso <input type="checkbox"/>	
Altro				

Descrizione del grado di autonomia:

	Aut.	Parz. Aut.	Non Aut.
Cura di sé:			
Controllo sfinterico:			
Mobilità nei trasferimenti:			
Deambulazione:			
Comunicazione:			
Collaborazione/partecipazione:			

Altro:

Barthel Index:/100

FIM:/126

GCS:/15

LCE:

ASIA:

Obbligatoria per ricov. in cod. 75

Obbligatoria per ricov. in cod. 75

Obbligatoria per ricov. in cod. 28

Comorbidità (anche precedenti):

(Possibili più risposte): 1 Malattie cardiovascolari; 2 Malattie respiratorie;

3 Dismetaboliche/endocrine; 4 Neoplastiche; 5 Psichiatriche; 6 Infettive;

7 Neurologiche; 8 Progresso (coma (specificare la durata); 9 Altro (spec.).

Terapie in atto

Diagnosi Riabilitativa:

Richiesta di accoglimento in:

<input type="checkbox"/> Reparto per acuti
<input type="checkbox"/> Lungodegenza
<input type="checkbox"/> Cod. 75
<input type="checkbox"/> Cod. 56
<input type="checkbox"/> Cod. 28
<input type="checkbox"/> Estenavo
<input type="checkbox"/> SCAP
<input type="checkbox"/> RSA/RSSA
<input type="checkbox"/> Cure domiciliari
<input type="checkbox"/> Ambulatorio RRF
<input type="checkbox"/> Non indic. Tratt. Riabilitativo

Data

Medico proponente

Logo e intestazione del
reparto /ASL/ Azienda
Ospedaliera/

SCHEDA PRESENTAZIONE PAZIENTI
(data di compilazione: _____)

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome _____

Data e luogo di Nascita _____

Indirizzo _____

tel _____

Data del ricovero c/o codesta Struttura _____

DIAGNOSI PRINCIPALE DATA DELL'EVENTO INDICE

DIAGNOSI SECONDARIE

NATIONAL EARLY WARNING SCORE (NEWS) Royal College of Physicians July 2012							
PUNTEGGIO →	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Saturazione O ₂	≤91	92-93	94-95	≥96			
Ossigeno supplementare		Sì		No			
Temperatura °C	≤35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥39,1	
PA sistolica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequenza cardiac	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Livello di coscienza				Vigile			Stim. Verb. dol., coma
Probabilità di deterioramento clinico: 0-4 = basso; 5-6 o anche solo 1 punteggio 3 = medio; ≥7 alto.							
PUNTEGGIO =							

INDICE DI COMORBIDITÀ CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)	1	2	3	4	5
1 Patologie cardiache (solo cuore)					
2 Ipertensione (grado di severità)					
3 Patologie vascolari (sangue,vasi,midollo, milza, stazioni linfatiche)					
4 Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea)					
5 Patologie di occhio, orecchio, naso, gola, laringe					
6 Patologie gastro-intestinali superiori (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)					
7 Patologie gastro-intestinali inferiori (intestino, ernie)					
8 Patologie del fegato					
9 Patologie del rene					
10 Patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)					
11 Patologie dei muscoli, scheletro e tegumenti					
12 Patologie del sistema nervoso periferico e centrale (non la demenza)					
13 Patologie endocrine-metaboliche (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)					
14 Patologie psichiatriche-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)					
INDICE DI COMORBIDITA' (Numero delle categorie con punteggio \geq 3, escludendo la categoria n° 14)					

1= Assente: indica che non è possibile riscontrare alcuna alterazione d'organo o sistema. **2= Lieve:** l'attività del paziente non risulta compromessa dall'alterazione d'organo o sistema. Può anche non essere richiesto alcun tipo di trattamento. La prognosi del paziente è comunque buona. **3= Moderata:** la normale attività del paziente è compromessa dalle alterazioni d'organo o sistema. In questi soggetti è necessario iniziare un adeguato trattamento. La prognosi della patologia è generalmente buona. **4= Grave:** la compromissione d'organo o sistema determina importante disabilità. Il trattamento deve essere intrapreso il prima possibile e se ne deve verificare l'efficacia, ottimizzandolo qualora si renda necessario. La prognosi non è buona. **5= Estremamente grave:** la sopravvivenza è messa a repentaglio dall'alterazione dell'organo o sistema. Il trattamento è urgente ed indilazionabile. La prognosi è estremamente grave, talvolta infausta.

ALLEGATO B

Paziente		Settimana dal		al		Settimanale											
Fascia oraria	Tabelle di prestazioni			Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato		Domenica	
	FT	OT	LT	firma operatore	firma paziente	firma operatore	firma paziente	firma operatore	firma paziente	firma operatore	firma paziente	firma operatore	firma paziente	firma operatore	firma paziente	firma operatore	firma paziente
8.00																	
8.30																	
9.00																	
9.30																	
10.00																	
10.30																	
11.00																	
11.30																	
12.00																	
12.30																	
13.00																	
13.30																	
14.00																	
14.30																	
15.00																	
15.30																	
16.00																	
16.30																	
17.00																	
17.30																	
18.00																	
18.30																	
19.00																	
19.30																	
20.00																	
20.30																	
21.00																	

1) Risposta giornaliera: la propria firma nello spazio corrispondente alla fascia oraria di trattamento.
 2) Basare la tipologia di prestazione erogata (FT-Fisioterapia, OT-Terapia Occupazionale, PM-Neurofisioterapia, LT-Linguaggio).
 3) Raccolgere giornalmente la firma del paziente in carico in corrispondenza della fascia oraria di trattamento.