

Egregio collega,

la presente per chiederTi cortesemente di compilare la scheda Socio-Sanitaria al fine di poter valutare e accogliere la domanda di ammissione presso la nostra struttura del Tuo paziente e di prescrivere i seguenti esami pre-ingresso:

- Emocromo
- Glicemia
- Azotemia
- Creatinina
- Elettroforesi
- Elettroliti
- HbsAg + HCVAbs
- Rx. Torace
- Ecg

Rimango a disposizione per eventuali chiarimenti.  
Cordiali saluti,

Il Direttore Sanitario  
Dott. Giuseppe Ardoino

Geriatria e Gerontologia



Dott. Giuseppe Ardoino  
tel. 02 21597288 – fax 022153597

**Cognome e nome:** \_\_\_\_\_

**Data di nascita:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SCALA ADL DI KATZ PER LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE**

**Alimentazione**

- 2** Mangia senza assistenza
- 1** Necessita di assistenza solo per tagliare la carne o imbrattare il
- 0** Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale

**Vestirsi** (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti inclusa la biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)

- 2** Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza
- 1** Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciarsi le scarpe
- 0** Necessita di aiuto per vestirsi o rimane parzialmente o completamente svestito

**Bagno** (spugnatura, vasca da bagno, doccia)

- 2** Fa il bagno senza assistenza (entra ed esce dalla vasca da solo)
- 1** Necessita di assistenza solo per lavare una parte del corpo (per es. la schiena)
- 0** Necessita di aiuto per lavarsi più di una parte del corpo o non si lava

**Spostamenti**

- 2** Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona (o sedia) senza assistenza (può usare un bastone o deambulatore)
- 1** Necessita di aiuto per spostarsi dentro e fuori dal letto o in poltrona (o sedia)
- 0** Allettato, non esce dal letto

**Uso delle toilette** (andare nella stanza da bagno per la minzione o l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)

- 2** Va in bagno, usa le toilette, si pulisce da solo, si sistema i vestiti, e ritorna senza assistenza (può usare un bastone o un deambulatore come supporto e può usare la padella o un orinatoio di notte svuotandoli al mattino)
- 1** Necessita di aiuto per andare in bagno, usare le toilette, pulirsi, sistemarsi i vestiti o per ritornare o necessita aiuto nell'uso del vaso da notte o della comoda
- 0** Non va in bagno per la minzione o la defecazione

**Continenza di feci e urine**

- 2** Controlla vescica e intestino completamente (senza incidenti occasionali)
- 1** Occasionalmente perde il controllo di vescica e intestino
- 0** Necessita di supervisione per controllare vescica o intestino, richiede l'uso di un catetere, o è incontinente

	<b>Totale Punteggio</b> 0 (completa dipendenza) - 12 (massima autonomia)
--	---

**FUNZIONI SENSORIALI**

- Apparentemente normali
- Deficit uditivo grave
- Deficit visivo grave

## QUADRO COGNITIVO – COMPORIMENTALE

### 1) Stato mentale e di coscienza

- 1 Vigile; orientato; esegue correttamente ordini verbali; memoria conservata
- 2 Vigile; orientato; esegue parzialmente ordini verbali; memoria parzialmente conservata
- 3 Vigile; parzialmente orientato; esegue con difficoltà ordini verbali; deficit di memoria
- 4 Vigile; non orientato; non esegue ordini verbali; memoria seriamente compromessa
- 5 Comatoso; assenza di risposta a stimoli verbali e motori

### 2) Comportamento

- 1 Calmo, tranquillo
- 2 Moderatamente ansioso, richieste continue, tendenza ad isolarsi
- 3 Eccessivamente irritabile, isolato e apatico
- 4 Notevolmente ansioso, sentimenti pessimistici, ambivalenza dei sentimenti
- 5 Comportamento distruttivo per se e per gli altri, rifiuto della cura, ostile

### 3) Comunicazione

- 1 Capace di pensiero e di comunicazione
- 2 Difficoltà ad esprimersi
- 3 Non in grado di esprimersi; utilizzo della comunicazione non verbale
- 4 Afasico, con demenza, presenza di tracheostomia
- 5 Non in grado di comunicare i propri bisogni in alcun modo

## NURSING GERIATRICO

### 4) Respirazione/Ossigenazione

- 1 Non necessita di ossigenoterapia
- 2 Uso di ossigenoterapia intermittente oppure continua senza necessità di broncoaspirazione
- 3 Uso di ossigenoterapia intermittente oppure continua con necessità di broncoaspirazione
- 4 Uso di ossigenoterapia tramite tracheostomia o tubo orotracheale
- 5 Ventilazione meccanica (VM)

### 5) Parametri Vitali

- 1 Necessità di controllo dei parametri settimanale
- 2 Necessità di controllo dei parametri 2 o 3 volte a settimana
- 3 Necessità di controllo dei parametri giornaliero
- 4 Necessità di controllo dei parametri 2 o 3 volte al giorno
- 5 Necessità di controllo dei parametri più di 3 volte al giorno

### 6) Nutrizione

- 1 Autonomo
- 2 Necessità di supervisione per idratazione e alimentazione
- 3 Necessità di aiuto per idratazione e alimentazione
- 4 Uso di nutrizione via SNG/SNE o PEG
- 5 Uso di accessi venosi per NPT

### 7) Eliminazione urinaria e fecale

- 1 Autonomo
- 2 Necessità di supervisione continua
- 3 Uso di urocondom
- 4 Uso di catetere vescicale / presenza di colostomia
- 5 Necessità di lavaggio vescicale giornaliero

### 8) Terapia

- 1 Terapia orale di routine, oppure ID, SC e IM
- 2 Terapia EV continua oppure terapia via SNG, SNE e PEG
- 3 Terapia EV intermittente, con cura degli accessi venosi
- 4 Somministrazione di sangue ed emoderivati, terapia EV espansiva oppure citostatica
- 5 Terapia vasoattiva o altra terapia che necessita monitoraggio costante

### 9) Cute

- 1 Integra
- 2 Presenza di iperemia, eczema, escoriazione (I stadio lesioni da decubito)
- 3 Alterazione della cute in una o più aree del corpo senza essudato (II stadio lesioni da decubito)
- 4 Alterazione della cute in una o più aree del corpo con essudato purulento, senza esposizioni muscolare/ osseo e assenza di necrosi (III stadio lesioni da decubito)
- 5 Alterazione della cute in una o più aree del corpo con essudato purulento, con esposizione muscolare/ osseo e presenza di necrosi (IV stadio lesioni da decubito)

<b>Punteggio Totale:</b>	
Assistenza minima	09 – 18 punti
Assistenza Intermedia	19 – 27 punti
Assistenza Semi-intensiva	28 – 36 punti
Assistenza Intensiva	37 – 45 punti

Medicazione post operatoria  NO  SI

sede: \_\_\_\_\_

### ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:

Cardiopatía ischemica: SI NO      Infarto: SI NO      Angina: SI NO      Pacemaker: SI NO

Diabete: SI NO      Compenso farmacologico: SI NO

Epatopatie: SI NO      Epatite tipo \_\_\_\_\_

Nefropatie: SI NO      Dialisi: SI NO

Pneumopatie: SI NO

Neoplasia: SI NO      Sede \_\_\_\_\_ Stadiazione \_\_\_\_\_

Demenza: SI NO

Epilessia: SI NO      data evento ultima crisi \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ictus progresso: SI NO      Emiparesi residua: SI NO \_\_\_\_\_

M. di Parkinson: SI NO

Psicosi: SI NO      Compenso farmacologico: SI NO

Tentati suicidi: SI NO      Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ricovero reparto psichiatrico: SI NO      Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Protesi: Dentaria SI NO      Acustica SI NO      Arti SI NO

Esente da malattie infettive e contagiose: SI NO

Allergie: SI NO \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI PRINCIPALE**

---

---

---

---

**ALTRE DIAGNOSI**

---

---

---

---

**TERAPIA IN ATTO:**

---

---

---

---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma Medico

---

**SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA**

**OSPITE ACCETTATO:** SI NO      Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 200\_\_

Firma Direttore Sanitario: \_\_\_\_\_

Firma Direttore Gestionale: \_\_\_\_\_