

## SCHEDA SOCIO-SANITARIA

Egregio Collega,

la presente per chiederTi cortesemente di compilare la scheda Socio-Sanitaria al fine di poter valutare e accogliere la domanda di ammissione del Tuo paziente presso la nostra struttura.

Rimango a disposizione per eventuali chiarimenti/approfondimenti.

Cordiali saluti

Responsabile Medico Sanitario  
Dott.ssa Tania Rasera

Dott.ssa Tania Rasera  
Tel. e Fax 02 48953201

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

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

SCALA ADL DI KATZ PER LE ATTIVITA' QUOTIDIANE

### **Alimentazione**

2 Mangia senza assistenza

1 Necessità di assistenza solo per tagliare la carne o imburrare

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 Necessità 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 Necessità di assistenza solo per lavare una parte del corpo (per es. la schiena)

0 Necessità 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 Necessità 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 Necessità 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 Necessità di supervisione per controllare vescica o intestino, richiede l'uso di un catetere, o è incontinente

**Totale Punteggio** 0 (completa dipendenza) - 6 (massima autonomia)

### **FUNZIONI SENSORIALI**

Apparentemente normali

Deficit uditivo grave

Deficit visivo grave

### **QUADRO COGNITIVO COMPORTAMENTALE**

#### **RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE SANTA LUCIA**

Via Vepra 2 • 20144 Milano

T +39 02 48953201 • F +39 02 48953201

E info@rsasantalucia.com

www.rsasantalucia.grupposegesta.com

Società di gestione:

**SEGESTA GESTIONI S.r.l.** a Socio Unico

(soggetta a direzione e coordinamento di SEGESTA S.p.A.)

Sede Legale e Amministrativa

Viale Cassala 16 • 20143 Milano

T +39 02 831271 • F +39 02 83127190

C.F., P.IVA e Registro Imprese di Milano 04140620966

Cap. Sociale € 30.000,00 int. versato

**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 colostom

### 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)

### Punteggio Totale:

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:**

Cardiopatia 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 pregresso: 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:**

---

---

---

---

---

**ESENZIONI GODUTE IN ESSERE:**

---

---

---

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

Timbro e firma Medico

---

Recapito Telefonico Medico: \_\_\_\_\_

E-mail Medico: \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA**

**OSPITE ACCETTATO:** SI NO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_

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

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

Documento redatto per uso di **SEGESTA**. Sono proibite la riproduzione e/o la cessione a terzi, nonché l'utilizzo o la copia, ANCHE PARZIALI.