

CASA ALBERGO DOMUS MARIAE
SCHEDA PER AMMISSIONE

COGNOME NOME :

DATA DI NASCITA :

CODICE FISCALE :

DIAGNOSI:

	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE
PATOLOGIE CARDIACHE:					
IPERTENSIONE :					
APPARATO VASCOLARE (SANGUE, VASI, MIDOLLO, MILZA, SISTEMA LINFATICO)					
APPARATO RESPIRATORIO :					
PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE					
APPARATO DIGERENTE					
APPARATO GENITOURINARIO					
FEGATO					
RENE					
APPARATO MUSCOLOSCHIELETICO E CUTE					
CUTE					
PATOLOGIE NEUROLOGICHE (DEMENTIA ESCLUSA)					
PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO- METABOLICO					
STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (INCLUSA DEMENTIA)					
MALATTIE INFETTIVE IN ATTO					
ALLERGIE					

CASA ALBERGO DOMUS MARIAE

SCHEDA PER AMMISSIONE

DEFICIT SENSORIALI (indicare una sola scelta)		
Identifica la presenza o meno di deficit di tipo sensoriale		
1	Normale;	10
2	Deficit correggibile solo con l'aiuto di protesi e/o occhiali;	20
3	Grave deficit non sufficientemente corretto o non correggibile;	80
4	Cecità e/o sordità completa;	100
CONTROLLO SFINTERICO (indicare una sola scelta)		
Rilevazione del controllo sfinterico da parte dell'assistito		
1	Presente;	10
2	Incontinenza episodica urinaria o fecale ;	30
3	Incontinenza urinaria o fecale permanente;	70
4	Incontinenza totale (vescicale ed anale);	100
MEDICAZIONI (indicare una sola scelta)		
Identifica se l'assistito ha necessità di medicazioni		
1	Non necessarie;	10
2	Necessarie per ulcerazioni / distrofie cutanee / lesioni da decubito di 1° e 2° stadio;	30
3	Necessarie per catetere a permanenza o stomia;	40
4	Necessarie per ulcere da decubito (di 3° e 4° stadio);	100
NECESSITÀ DI PRESTAZIONI SANITARIE (indicare una sola scelta)		
Indica se l'assistito ha necessità di prestazioni o trattamenti sanitari		
1	Buona salute per cui non necessarie;	10
2	Necessità di prestazioni sanitarie non continuative;	20
3	Necessità di prestazioni sanitarie esterne (= terapia radiante, consulenza specialistica)	40
4	Necessità di prestazioni sanitarie continuative , Anziani con patologie croniche in labile compenso con elevata necessità di tutela sanitaria (come ad esempio cure mediche e/o infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., etc.);	100
◆ TRATTAMENTI SPECIALISTICI		
➤ Questo campo può essere compilato solo se il campo precedente è valorizzato 4 è l'utente ha bisogno di trattamenti specialistici . (nel caso di trattamenti specialistici multipli indicarne fino ad un massimo di 5)		
01		
02	<input type="checkbox"/> SNG/PEG;	
03	<input type="checkbox"/> Tracheotomia;	
04	<input type="checkbox"/> Respiratore/ventilazione assistita;	
05	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia ad intervalli regolari (definiti o continuativi), NON in acuzie;	
06	<input type="checkbox"/> Dialisi;	
07		
08	<input type="checkbox"/> Trasfusioni eseguite in struttura;	
09	<input type="checkbox"/> Controllo dolore per via parenterale o sottocutanea tramite infusori elastomerici o pompe;	
10	<input type="checkbox"/> Alimentazione parenterale o idratazione per periodi superiori a 15 giorni mediante catetere venoso periferico (CVP);	

CASA ALBERGO DOMUS MARIAE

SCHEDA PER AMMISSIONE

VITA QUOTIDIANA (indicare una sola scelta)		
Indica il livello della fragilità relativo alla capacità di provvedere alle attività di vita quotidiana (igiene personale, abbigliamento, alimentazione)		
1	Totalmente indipendente/ Autonomo ;	10
2	Aiuto saltuario / aiuto programmato (supervisione; es. aiuto nel bagno settimanale);	20
3	Aiuto quotidiano necessario ma parziale (aiuto nelle pratiche quotidiane, ma mangia da solo);	50
4	Totalmente dipendente ;	100
MOBILITÀ (indicare una sola scelta)		
Indica il livello della fragilità relativo alla capacità di movimento dell'assistito per le attività di vita quotidiana		
1	Cammina autonomamente senza aiuto;	10
2	Cammina con ausili o si sposta con aiuto saltuario (programmato) di altre persone;	30
3	Si sposta solo con aiuto costante di altre persone o con sedia a ruote;	80
4	Totalmente dipendente dagli operatori per le alzate e la mobilizzazione	100
FUNZIONI DEL LINGUAGGIO (indicare una sola scelta)		
Indica il livello della fragilità relativo all'area del linguaggio dell'assistito		
1	Parla (si esprime) e comprende normalmente ;	10
2	Linguaggio menomato , ma esprime comunque il suo pensiero;	30
3	Comprende solo ordini semplici , non riesce ad esprimere con coerenza il suo pensiero;	70
4	Non comprende , non si esprime;	100
DISTURBI COMPORTAMENTALI (indicare una sola scelta)		
Identifica la presenza o meno di disturbi dell'umore/cognitivi e/o comportamentali		
1	Assenti ;	10
2	Disturbi dell'umore (appetito triste, melanconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci); disturbi cognitivi lievi e/o disturbi comportamentali lievi;	50
3	Disturbi cognitivi moderati e gravi = l'Assistito non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessità, ma non presenta gravi e costanti disturbi del comportamento (necessità di assistenza continua);	80
4	Disturbi del comportamento = Frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (l'assistito è agitato, irrequieto, pericoloso per sé e per gli altri) (necessità di assistenza continua e di tutela);	100

CASA ALBERGO DOMUS MARIAE

SHEDA PER AMMISSIONE

AREA SOCIALE – STATO DELLA RETE FAMILIARE (indicare una sola scelta) Valuta la disponibilità relazionale, affettiva ed assistenziale della rete familiare e sociale		
1	Mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia , per intervento diretto o attraverso personale di assistenza a pagamento;	10
2	Non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia , la presenza dei familiari è sporadica, ma può contare sulla rete informale di parenti e amici;	30
3	Parenti, amici e volontari sono disponibili solo in caso di bisogno per problemi sanitari, pratiche burocratiche, difficoltà economiche, disagi esistenziali, ecc.;	70
4	L' Assistito può contare solo sull'aiuto Istituzionale (rete formale);	100
ATTIVITÀ OCCUPAZIONALI E IMPIEGO DEL TEMPO LIBERO (indicare una sola scelta) Indicare se l'assistito svolge qualche attività occupazionale nella residenza;		
1	Entra ed esce liberamente/consapevolmente dalla residenza;	10
2	E' motivato a svolgere attività costruttive solo all'interno della residenza;	30
3	E' in grado di svolgere attività all'interno della residenza con lo stimolo e la supervisione di operatori;	60
5	Non svolge alcuna attività: non è in grado di svolgere;	100
6	Non svolge alcuna attività: si rifiuta di svolgere;	

CLASSIFICAZIONE DELL'OSPITE Indica l'intensità assistenziale di cui l'ospite necessita secondo la Determina del Direttore Politiche sociali n 7108/1999		
1	Soggetto con grave disturbo del comportamento	gruppo A (per le C.R.A.)
2	Soggetto con elevato bisogno sanitario e correlato bisogno assistenziale	gruppo B (per le C.R.A.)
3	Soggetto con disabilità severa	gruppo C (per le C.R.A.)
4	Soggetto con disabilità moderata	gruppo D (per le C.R.A.)
5	Soggetto non autosufficiente con demenza e gravi disturbi del comportamento (valorizzare solo per i soggetti inseriti nei Centri Diurni dedicati per demenze)	gruppo A per i C.D. Semi residenze
6	Soggetto non autosufficiente di grado severo (corrisponde all'attuale livello "gravi disturbi del comportamento" inseriti nei centri diurni NON dedicati)	gruppo A per i C.D. Semi residenze
7	Soggetto non autosufficiente di grado moderato	gruppo C / D per i C.D. Semi residenze

NOTE :

DATA:

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

CASA ALBERGO DOMUS MARIAE

SCHEMA PER AMMISSIONE

FOGLIO TERAPIA												
OSPITE:	TP OCCULTATA:		Sì	NO								
	TP TRITATA:		Sì	NO								
ALLERGIE:	HCV:		Sì	NO								
	MAL. INFETTIVE:		Sì	NO								
ORARIO SOMMINISTRAZIONE												
TERAPIA PER OS	DATA INIZIO	8	10	12	16	18	20	22	DATA FINE	FIRMA	NOTE	
ORARIO SOMMINISTRAZIONE												
TERAPIA IM SC EV	INIZIO	8	10	12	16	18	20	22	DATA FINE	FIRMA	NOTE	
ORARIO SOMMINISTRAZIONE												
TERAPIA A.B.	INIZIO	8	10	12	16	18	20	22	FINE	FIRMA	NOTE	
FIRMA I.P. _____					FIRMA MEDICO _____							

