CASA DELLA SALUTE
SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA

Data di richiesta ____/____/___ **(pag. 1 di 4)**

Cognome_____**Nome**_____

Genere_____**Luogo di nascita**_____**Data di nascita**_____

Residenza_____**Via/Piazza**_____

Telefono_____**Cellulare**_____

Familiare di riferimento_____

Telefono_____**Cellulare**_____

U.O. di provenienza_____**fax**_____ **email**_____

Medico di riferimento/U.O./MMG_____

Telefono_____**e-mail**_____

DIAGNOSI MEDICA PRINCIPALE_____

DIAGNOSI MEDICA SECONDARIA_____

MOTIVO DI RICOVERO IN UDI_____

Richiesta di trasferimento in UDI per:
Dimissione prevista sul territorio in attesa di trasferimento verso altra struttura

- **Eseguita richiesta verso Hospice SI NO**
- **Eseguita richiesta verso RSA SI NO**
- **Eseguita richiesta Riabilitazione Lungodegenza SI NO**
- **Eseguita richiesta Riabilitazione Motoria SI NO**

Richiesta di trasferimento in UDI per:
Paziente con fragilità sociale in attesa trasferimento verso altra struttura

- **Eseguita scheda triage sociale SI NO**
- **Eseguita consulenza assistente sociale SI NO**

Richiesta trasferimento in UDI per:
In attesa domiciliazione

- **Attivazione CAD SI NO**
- **Attivazione ADI SI NO**

Trattamento farmacologico in atto:

_____

_____

Modified Early Warning Score (MEWS)

	3	2	1	0	1	2	3	Punteggio
Pressione arteriosa sistolica (PAS)	≤70 mmHg	71-80 mmHg	81-100 mmHg	101-199 mmHg		≥200 mmHg		
Frequenza cardiaca (FC)		<40 b/m	41/50 b/m	51/100 b/m	101-110 b/m	111-129 b/m	≥130 b/m	
Frequenza respiratoria (FR)		<9 atti/min		9-14 atti/min	15/20 atti/min	21/29 atti/min	≥30 atti/min	
Temperatura (TC)		<35°C		35-38.4°C		≥38.5°C		
AVPU				**A**lert - paziente sveglio	**V**erbal - risponde allo stimolo verbale	**P**ain - risponde allo stimolo doloroso	Unreponsive- Non risponde	
								Tot.

Il punteggio che si ottiene dalla scala va da un minimo di 0 ad un massimo di 14. Un punteggio superiore a 2 identifica un paziente instabile non eleggibile per l'UDI.

Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA)

ALIMENTAZIONE IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE ALVO URINE		IGIENE E CONFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT o NET	1	Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del pz	1	Allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria e dell'alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del pz	2	Mobilizzazione su poltrona
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autosufficiente	4	Autonomo

PROCEDURE DIAGNOSTICHE		PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE	
1	Monitoraggio dei parametri vitali continuo	1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24h	1	Stato soporoso/coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h	2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporo-spaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h	3	Terapia per os, im, ev (comprese le fleboclii)	3	Disorientamento temporo-spaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti	4	Terapia solo per os o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte

Punteggio totale_____

Punteggio da 7 a 11: **ALTA** dipendenza assistenziale
Punteggio da 12 a 19: **MEDIA** dipendenza assistenziale
Punteggio da 20 a 28: **BASSA** dipendenza assistenziale

Punteggio 20-28 paziente eleggibile per ricovero in UDI

Descrizione delle problematiche assistenziali

RESPIRAZIONE/ AUSILI	☐ Eupnea ☐ Dispnea da sforzo ☐ Dispnea a riposo ☐ Ossigenoterapia l/min_____ ☐ Necessarie aspirazioni secrezioni ☐ Si ☐ No ☐ CPAP ☐ Respiratore ☐ Tracheostomia (tipo_____misura_____)
ALIMENTAZIONE	☐ Autonoma ☐ SNG posizionato il PEG/PEG-J posizionata il_____ ☐ Parenterale
DENTATURA	☐ Propria ☐ protesi ☐ altro_____
DEGLUTIZIONE	☐ Disfagia a solidi ☐ disfagia a liquidi ☐ deglutizione normale
DIETA	☐ Dieta speciale_____ ☐ Restrizione dietetiche_____
OBESITA' III CLASSE	☐ Si Peso Kg_____ ☐ No
ELIMINAZIONE URINARIA/AUSILI	☐ Autonoma ☐ Alterazione urinaria_____ ☐ catetere vescicale tipo_____Ch_____ ☐ Pannolone mis._____ ☐ urocontrol ☐ Stomia urinaria (tipo_____ mis._____ ☐ Drenaggio_____
ELIMINAZIONE INTESTINALE/AUSILI	☐ Alterazione eliminazione intestinale:_____ ☐ Utilizzo lassativi o clisteri evacuativi ☐ Pannolone mis_____ ☐ colonstomia /ileostomia (tipo_____ misura_____) ☐ Drenaggio_____
MOBILITA'	☐ Autonoma ☐ con ausili ☐ con aiuto ☐ allettato ☐ letto/poltrona ☐ postura obbligata per patologia ☐ altro
STATO NEUROPSICHICO	☐ Vigile e collaborante ☐ orientato ☐ disorientato ☐ confuso ☐ deficit cognitivo ☐ non risponde ☐ Capacità di comprendere e comunicare informazioni ☐ Disturbi comportamentali,se si quali_____
CAPACITA' SENSORIALI DI COMUNICAZIONE	☐ Non disturbi ☐ Disturbi del linguaggio: ☐ afasia ☐ disartria ☐ altro ☐ Disturbi dell'udito ☐ Disturbi della vista
PRESIDI/ DISPOSITIVI	☐ Drenaggi (tipo e sede)_____ ☐ CVP posizionato il_____ ☐ CVC in sede_____ tipo_____posizionato il_____ ☐ PICC in sede_____ tipo_____posizionato il_____ ☐ MIDLINE in sede_____ tipo_____posizionato il_____
CUTE	☐ Integra ☐ Presenza dei fattori di rischio di compromissione dell'integrità cutanea Rischio basso medio alto ☐ Presenza di segni di lesioni da pressione (stadiazione): sede Lesione_____Stadiazione I II III IV sede Lesione_____Stadiazione I II III IV sede Lesione_____Stadiazione I II III IV sede Lesione_____Stadiazione I II III IV ☐ Ferite chirurgiche ☐ ulcere distrofiche ☐ presenza di lividi ☐ presenza edemi specificare_____

Assumo la responsabilità delle notizie.

Firma e timbro
Medico di Struttura o Reparto

_____

Firma e timbro Coordinatore Infermieristico
di Struttura o Reparto

_____

Firma e timbro
Medico di Medicina Generale

_____

Il sottoscritto_____tel_____

in qualità di _____ del/al sig./ra_____ accetto il ricovero del mio_____ presso l' U.D.I., consapevole che la durata massima della degenza non può superare i 20 giorni (Determinazione Direzione salute e Integrazione Sociosanitaria 11.0914, n°G12842.).

Allego copia documento di identità.

Lì _____ firma:_____

Accettazione dell'utente da parte del Coordinatore Infermieristico UDI e del Coordinatore di Medicina Generale secondo le Linee di indirizzo regionali su "Unità di Degenza a gestione Infermieristica – Modello Organizzativo" (Determinazione Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria 11 settembre 2014, n. G12842)

Firma e Timbro
Coordinatore Infermieristico UDI

_____

Firma e Timbro
Medico di Medicina Generale

_____

N.B. non si accetta documentazione incompleta