SCHEDA PROPOSTA RICOVERO RIABILITAZIONE INTENSIVA INRCA

(ver. 1.3)

COGNOME _____ NOME _____ M☐ F☐ Data nascita

Domicilio _____ Città _____

Telefono 1 _____ Telefono 2 _____ Telefono 3 _____

Diagnosi 1: _____ Data evento indice 1

Diagnosi 2: _____ Data evento indice 2

Collaborazione ☐ **completa** ☐ **parziale** ☐ **nessuna** SNG ☐ CV ☐ CVC ☐ Tracheostomia ☐

Carico ☐ **completo** ☐ **parziale** kg _____ ☐ **sfiorante** ☐ **a tolleranza** ☐ **non concesso fino al**

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÁ

(scala di Rankin modificata)

PRIMA DELL'EVENTO ACUTO

GRADO	DESCRIZIONE
☐	NESSUN SINTOMO
☐	NESSUNA DISABILITA' Sintomi di grado lieve, è in grado di eseguire tutte le attività abituali
☐	DISABILITA' DI GRADO LIEVE Incapace di eseguire tutte le attività, ma in grado di seguire i propri affari senza assistenza
☐	DISABILITA' DI GRADO MODERATO Richiede un certo aiuto, ma è in grado di camminare senza assistenza
☐	DISABILITA' DI GRADO DISCRETO Incapace di camminare e di attendere alla cura di sé senza assistenza
☐	DISABILITA' DI GRADO SEVERO Confinato a letto, incontinente, richiede costante assistenza

AL MOMENTO ATTUALE

GRADO	DESCRIZIONE
☐	NESSUN SINTOMO
☐	NESSUNA DISABILITA' Sintomi di grado lieve, è in grado di eseguire tutte le attività abituali
☐	DISABILITA' DI GRADO LIEVE Incapace di eseguire tutte le attività, ma in grado di seguire i propri affari senza assistenza
☐	DISABILITA' DI GRADO MODERATO Richiede un certo aiuto, ma è in grado di camminare senza assistenza
☐	DISABILITA' DI GRADO DISCRETO Incapace di camminare e di attendere alla cura di sé senza assistenza
☐	DISABILITA' DI GRADO SEVERO Confinato a letto, incontinente, richiede costante assistenza

INDICE DI COMORBILITÁ (CIRS)

0: assente; 1: lieve; 2: moderato; 3: grave; 4: molto grave

	0	1	2	3	4
1) Patologie cardiache	☐	☐	☐	☐	☐
2) Ipertensione	☐	☐	☐	☐	☐
3) Patologie vascolari	☐	☐	☐	☐	☐
4) Patologie respiratorie	☐	☐	☐	☐	☐
5) Patologie ORL	☐	☐	☐	☐	☐
6) Apparato intestinale superiore	☐	☐	☐	☐	☐
7) Apparato intestinale inferiore	☐	☐	☐	☐	☐
8) Patologie epatiche	☐	☐	☐	☐	☐
9) Patologie renali	☐	☐	☐	☐	☐
10) Altre patologie genito-urinarie	☐	☐	☐	☐	☐
11) Sistema muscolo-scheletro-cute	☐	☐	☐	☐	☐
12) Patologie sistema nervoso	☐	☐	☐	☐	☐
13) Patologie endocrine-metaboliche	☐	☐	☐	☐	☐
14) Patologie psichiatriche-comportamentali	☐	☐	☐	☐	☐

FATTORI SOCIO-AMBIENTALI

- Vive solo/a
- Vive con il coniuge non autonomo
- Vive con il coniuge autonomo
- Vive con persone che forniscono assistenza continuativa (familiari, badante, …)
- Paziente istituzionalizzato
- Può usufruire di persone che forniscono assistenza per alcune ore durante il ricovero (familiari, badante, volontari, ...)

INRCA Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
HEALTH AND SCIENCE ON AGING

Per informazioni sulla compilazione
contattare il 071 800 3411 -3412 -3459
Inviare per fax al **071 800 3411** -3276
o per e-mail a **g.riccardi@inrca.it**

Data compilazione ____ ____ ____ Medico Proponente dott. _____ Firma _____

Struttura inviante: _____ Recapiti telefonici _____

Parte riservata al Medico accettante della di Riabilitazione Intensiva - INRCA

Punteggio Rankin pregresso: ____ Attuale: ____ CIRS: punteggio totale: ____ Indice di comorbilità ____ Codice priorità: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐

☐ Non appropriato Note: _____