

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 DISABILITÀ

(scala di Rankin modificata)

PRIMA DELL'EVENTO ACUTO

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

AL MOMENTO ATTUALE

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

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)

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

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

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, ...)



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: _____