

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE

DATA _____

Cognome e Nome

Data di Nascita

Sesso M F

Residenza

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La scheda prevede una compilazione **congiunta** da parte del personale medico ed infermieristico.

Gli indici 2 e 3 indicano l'accesso appropriato all'OdC.

Selezionare per ciascun bisogno il valore corrispondente (anche scelta multipla).

BISOGNI ASSISTENZIALI: valutazione del paziente		MAP/U.O. INVIANTE
1	Funzione Cardiocircolatoria	
–	Senza aiuto/sorveglianza	1
–	Parametri < 3 rilevazione die	2
–	Parametri > 3 rilevazione die	3
–	Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2
–	Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3
–	Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4
–	Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3
–	Quantità urine	2
2	Funzione Respiratoria	
–	Senza aiuto/sorveglianza	1
–	Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2
–	Dispnea da sforzo grave	3
–	Dispnea a riposo	4
–	Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4
–	Tosse acuta/cronica	3
–	Parametri < 3 rilevazione die	2
–	Parametri > 3 rilevazione die	3
–	Ossigenoterapia	3
–	Necessità di ventiloterapia notturna	3
–	Presenza di tracheostomia	4
–	Terapia con nebulizzazioni	3
3	Medicazioni	
–	Assenza di medicazioni	1
–	Lesione da pressione o ulcera (stadio 1-2)	2
–	Lesione da pressione o ulcera (stadio 3)	3
–	Lesione da pressione o ulcera (stadio 4 o sedi multiple)	4
–	Ferita chirurgica non complicata	2
–	Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infusione)	3
–	Moncone di amputazione da medicare	3
–	Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3
–	Stomia recente da medicare	3
–	Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4

4	Alimentazione - Idratazione	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Prescrizione dietetica	2
	– Necessità di aiuto per azioni complesse	2
	– Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
	– Presenza di disfagia lieve	3
	– Presenza di disfagia moderata-severa	4
	– Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
5	Eliminazione	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Monitoraggio alvo	2
	– Necessità di clisma	3
	– Necessità di essere accompagnato al WC	3
	– Gestione della stomia	3
	– Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2
	– Inkontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)	3
	– Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3
6	Igiene - Abbigliamento	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
	– Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
	– Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
7	Movimento	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2
	– Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
	– Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
	– Necessità di utilizzare sollevatore	4
	– Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
8	Riposo - Sonno	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Sonno indotto con farmaci	2
	– Disturbi del sonno	3
	– Agitazione notturna costante	4
9	Sensorio e Comunicazione	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
	– Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
	– Deficit cognitivo lieve	2
	– Deficit cognitivo moderato	3
	– Deficit cognitivo grave	4
	– Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
10	Ambiente Sicuro/Situazione Sociale	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Apparecchi medicali dal domicilio	2
	– Rischio caduta medio-alto	4
	– Uso di mezzi di protezione	4
	– Attivazione assistente sociale	3
	– Educazione sanitaria del caregiver	2
	– Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3
11	Terapie	
	– Assenza di terapia	1
	– Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2
	– Terapia più di 2 volte die	3
	– Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1v/die	2
	– Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3
	– Antibiotico in infusione continua	3
	– Terapia infusionale continua con inotropi, vasodilatatori	4
	– Nutrizione parenterale totale	3

12	Altri Bisogni Clinici	
	– Assenza di altri bisogni clinici	1
	– Monitoraggio settimanale ematochimici	2
	– Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
	– Necessità di consulenze specialistiche	3
	– Necessità di follow-up strumentale	3
	– Necessità di fisioterapia di gruppo	2
	– Necessità di fisioterapia individuale	3
	– Comorbilità lieve (CIRS-C <3)	2
	– Comorbilità severa (CIRS-C >3)	3
	– Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

Data compilazione domanda	Firma
____ / ____ / ____	MAP (Medico Assistenza Primaria) _____
____ / ____ / ____	MEDICO U.O. _____ INFERMIERE _____

ESITO RICHIESTA DI AMMISSIONE DOPO VALUTAZIONE DOCUMENTAZIONE

- idoneo**
 non idoneo (indicare motivazione) _____
 richiesta ulteriore documentazione _____

Data ____ / ____ / ____

Firma Infermiere Case Manager/IFeC _____

A CURA DELL'U.O. ACCETTANTE:

Dopo aver assegnato il valore ad ogni BISOGNO ASSISTENZIALE riportare nella scheda sottostante, segnando con una X, il valore assegnato con maggiore frequenza

INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE		1	2	3	4
1	FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA				
2	FUNZIONE RESPIRATORIA				
3	MEDICAZIONI				
4	ALIMENTAZIONE – IDRATAZIONE				
5	ELIMINAZIONE				
6	IGIENE – ABBIGLIAMENTO				
7	MOVIMENTO				
8	RIPOSO SONNO				
9	SENSORIO E COMUNICAZIONE				
10	AMBIENTE SICURO - SITUAZIONE SOCIALE				
11	TERAPIE				
12	ALTRI BISOGNI CLINICI				

INDICE DI INTENSITÀ ATTRIBUITO

- IIA** INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE (corrisponde al punteggio assegnato con **maggiore frequenza**; in caso di parità tra i punteggi attribuiti, assegnare quello più alto)..

Gli indici 2 e 3 indicano l'accesso appropriato all'OdC.

- **Indice 1** Autonomia nel soddisfacimento del bisogno: **Intensità assistenziale bassa**
- **Indice 2** Dipendenza minima della persona: **Intensità assistenziale medio bassa**
- **Indice 3** Dipendenza elevata della persona: **Intensità assistenziale medio alta**
- **Indice 4** Forte grado di dipendenza o dipendenza totale: **Intensità assistenziale alta**

Data presa in carico	Firma
<hr/> ____ / ____ / ____	MEDICO _____ INFERMIERE _____ <hr/>

N.B.: La presente scheda deve essere conservata nella Cartella Clinica