



SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICA PER L'ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI

DA INVIARE A CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

SEDE COT	NUMERO UNICO PROVINCIALE	MAIL
COT PAVIA	0382-1958070	cot_pavia@asst-pavia.it
COT BELGIOIOSO	0382-1958070	cot_belgioioso@asst-pavia.it
COT VIGEVANO	0382-1958070	cot_vigevano@asst-pavia.it
COT MEDE	0382-1958070	cot_mede@asst-pavia.it
COT VOGHERA	0382-1958070	cot_voghera@asst-pavia.it
COT BRONI	0382-1958070	cot_broni@asst-pavia.it

MMG/PLS dott. _____

Codice medico _____

TELEFONO _____ FAX _____ MAIL _____

PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Comune di residenza _____ via _____ n° _____ Tel. _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____ via _____ n° _____ Tel. _____

Codice Fiscale _____ Tessera sanitaria _____

Invalido ____ % con accompagnamento ☐ sì ☐ no

Familiare o persona di riferimento _____ Tel _____

COMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (C.I.R.S)	1	2	3	4	5
1) Patologia cardiaca (solo cuore) Diagnosi:					
2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) Diagnosi:					
3) Patologie Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) Diagnosi:					
4) Patologie Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) Diagnosi:					
5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) Diagnosi:					
6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) Diagnosi:					
7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie) Diagnosi:					
8) Patologie Epatiche (solo fegato) Diagnosi:					
9) Patologie Renali (solo rene) Diagnosi:					

10) Altre patologie Genito – Urinarie (ureteri, vescica, uretera, prostata, genitali) Diagnosi:					
11) Sistema Muscolo-Scheletrico Cute (muscolo, scheletro, tegumenti) Diagnosi:					
12) Sistema nervoso centrale e Periferico (non include la demenza) Diagnosi:					
13) Endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici) Diagnosi:					
14) Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) - Diagnosi:					

LEGENDA

Barrare con la x la casella corrispondente alla gravità

- (1) ASSENTE Nessuna compromissione d'organo / sistema
 (2) LIEVE La compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento è richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
 (3) MODERATO La compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è richiesto, la prognosi è buona (colelitiasi, diabete, fratture)
 (4) GRAVE La compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi è severa (es. Carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
 (5) MOLTO GRAVE La compromissione d'organo /sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto miocardico, stroke, embolia)

Gli indici si valutano sulle prime tredici voci.

Indice di comorbilità: si calcola contando il numero di voci per cui è riportata una patologia da moderata a molto grave (valori 3,4,5).

Indice di severità: si calcola la media dei punteggi delle prime 13 categorie

Indice di comorbilità _____

Indice di severità _____

PATOLOGIA – TERAPIA IN ATTO:

ALTRE CONDIZIONI DI RILEVANZA CLINICA

☐ LESIONE DA DECUBITO

☐ CATETERE URINARIO a permanenza

☐ STOMIE ☐ Ureterostomia ☐ Colostomia ☐ Tracheostomia ☐ Altro (spec.) _____

☐ INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ☐ Ossigeno terapia al bisogno ☐ Ossigeno terapia continua ☐ Ventilatore

☐ ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE ☐ SNG (sond. Nasogastrico) ☐ PEG (sond. Percutaneo endogastrica)

☐ NPT (Nutrizione Parenterale Totale)

☐ DIABETE insulino dipendente

☐ INSUFFICIENZA RENALE ☐ EMODIALISI ☐ DIALISI peritoneale

☐ ALTRO (specificare) _____

ANAMNESI PATOLOGICA RECENTE/NOTE/CONDIZIONE IGIENICO SANITARIA:

PROPOSTA DI INTERVENTO

- | | |
|--|--|
| ☐ Gestione lesioni cutanee | ☐ Rieducazione motoria e neuromotoria |
| ☐ Gestione lesione vascolare arti inferiori | ☐ Rieducazione respiratoria |
| ☐ Gestione incontinenza urinaria | ☐ Addestramento utilizzo protesi e ausili |
| ☐ Gestione nutrizione enterale | ☐ Aiuto domestico alberghiero |
| ☐ ALTRO (specificare) _____ | |

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ PROFILO 1 - BASSA INTENSITÀ | ☐ PROFILO 2 - MEDIA INTENSITÀ | ☐ PROFILO 3 - ALTA INTENSITÀ |
|--|--|---|

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ I.D.R. geriatrico | ☐ I.D.R. Alzheimer | ☐ Sollievo in R.S.A. |
|--|---|---|

PROPOSTA ACCESSI DOMICILIARI M.M.G./P.L.S.:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ Nuova attivazione | ☐ Variazione |
| ☐ A.D.P. | ☐ A.D.I. |

- Frequenza accessi: ☐ Settimanali ☐ Quindicinali ☐ Mensili
- Durata ADP: ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

Data: ____ / ____ / ____