

**SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICA PER L'ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI****DA INVIARE A CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)**

SEDE COT	TELEFONO	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

STRUTTURA OSPEDALIERA _____ U.O. _____

RESPONSABILE _____

MEDICO reparto-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 (colecistiti, 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)

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) _____

EVENTUALI NECESSITA' DI PROTESI, AUSILI E PRESIDI

☐ Catetere vescicale (da sostituire il ☐ / ☐ / ☐)

☐ Sollevatore

☐ Pannolone

☐ Comoda

☐ Carrozzina

☐ Deambulatore

☐ Letto ortopedico

☐ Stampelle

☐ Materiale antidecubito

☐ Altro (spec.) _____

INDICARE EVENTUALI MALATTIE TRASMISSIBILI:

TERAPIE IN ATTO ED ESIGENZE TERAPEUTICHE DI PARTICOLARE IMPEGNO:

PAZIENTE DIMISSIBILE IN ASSISTENZA DOMICILIARE VOUCHER

DIAGNOSI alla dimissione ed INTERVENTI (infermieristici, riabilitativi, ecc.) consigliati: _____

PAZIENTE CON DIMISSIONE CRITICA PER RISCHIO SOCIALE ☐ NO ☐ SI (dettagliare) _____

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO _____

IL MEDICO RESPONSABILE DI REPARTO

(Timbro e firma)

Data: ____ / ____ / ____