

	SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE MOD02.TER727.SFS01.86005/PRO01	Ed 1 Rev 0 2023
--	---	--

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

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Pavia	SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE MOD02.TER727.SFS01.86005/PRO01	Ed 1 Rev 0 2023
---	---	---

	☐ 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, infezione)	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
	☐ Incontinenza 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
	☐ Mobilitazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
	☐ Necessità di utilizzare sollevatore	4

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Pavia	SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE MOD02.TER727.SFS01.86005/PRO01	Ed 1 Rev 0 2023
--	---	---------------------------------------

	☐ 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 infusione 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
	☐ Comorbidità lieve (CIRS-C <3)	2
	☐ Comorbidità severa (CIRS-C >3)	3
	☐ Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

	SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE MOD02.TER727.SFS01.86005/PRO01	Ed 1 Rev 0 2023
--	--	--

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

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					

	SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE MOD02.TER727.SFS01.86005/PRO01	Ed 1 Rev 0 2023
--	---	--

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

<u>ESITO RICHIESTA DI AMMISSIONE DOPO VALUTAZIONE DOCUMENTAZIONE</u>	
☐ 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

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						
____/____/____	<table border="0"> <tr> <td>MEDICO</td> <td align="center">---</td> </tr> <tr> <td>INFERMIERE</td> <td align="center">--</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td align="center">_____</td> </tr> </table>	MEDICO	---	INFERMIERE	--	_____	_____
MEDICO	---						
INFERMIERE	--						
_____	_____						

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

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Pavia	SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE MOD02.TER727.SFS01.86005/PRO01	Ed 1 Rev 0 2023
---	---	--------------------------------