



INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell'Agenzia della Salute (ATS) della Brianza. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	Assente	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	Lieve	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	Moderato	La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona.
4	Grave	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	Molto grave	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- **Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari
- **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.

**RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE
PER L'INGRESSO IN R.S.A.**

Sig./ra _____

Data di nascita _____ Tessera sanitaria _____ Data compilazione _____

Esenzione _____

Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ

	1	2	3	4	5	Data insorgenza
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	
Patologie cardiache Specificare: _____						
Ipertensione arteriosa Specificare: _____						
Patologie vascolari Specificare _____						
Patologie respiratorie Specificare _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____						
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____						
Patologie epatiche Specificare _____						
Patologie renali Specificare _____						
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____						

Patologie neurologiche centrali e periferiche (<i>escluse</i> le demenze) Specificare						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici) Specificare						
Patologie psichiatrico-comportamentali (<i>incluse</i> le demenze) Specificare						

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NESSUNO | <input type="checkbox"/> DISFAGIA |
| <input type="checkbox"/> STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE | <input type="checkbox"/> DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA |
| <input type="checkbox"/> OBESITÀ | <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE: |
| <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE | <input type="checkbox"/> SONDINO NASO - GASTRICO |
| <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO | <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA |
| <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE | <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE |
| <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA CON AIUTO | |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE | |

Diabete mellito

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TRATTATO CON LA SOLA DIETA | <input type="checkbox"/> INSULINOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> FARMACI ANTIDIABETICI ORALI | |

Lesioni cutanee

- | | | |
|--|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> LESIONI DA DECUBITO | SEDE: _____ | STADIO _____ |
| <input type="checkbox"/> LESIONI VASCOLARI | SEDE: _____ | STADIO _____ |

Coma o stato vegetativo

Sclerosi Laterale Amiotrofica

Linguaggio

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> NORMALE | |
| <input type="checkbox"/> DISARTRIA | |
| <input type="checkbox"/> AFASIA | <input type="checkbox"/> ESPRESSIVA |
| | <input type="checkbox"/> DI COMPrensIONE |
| | <input type="checkbox"/> GLOBALE |

Vista ed udito

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> VEDE E SENTE BENE |
| <input type="checkbox"/> NON VEDE |
| <input type="checkbox"/> NON SENTE |
| <input type="checkbox"/> DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO |

Igiene

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> SI LAVA AUTONOMAMENTE |
| <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE |

Capacità di vestirsi / svestirsi

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE |
| <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE |

Mobilità

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> SI MUOVE AUTONOMAMENTE |
| <input type="checkbox"/> SI MUOVE CON DEAMBULATORE |
| <input type="checkbox"/> IN CARROZZINA |
| <input type="checkbox"/> ALLETTATO |

Cadute negli ultimi 3 mesi

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> NESSUNA |
| <input type="checkbox"/> 1 - 3 VOLTE |
| <input type="checkbox"/> PIÙ DI TRE VOLTE |

Terapia riabilitativa in corso

- NESSUNA
- POST-ACUTA
- DI MANTENIMENTO

Assistenza respiratoria

- OSSIGENO OCCASIONALMENTE
- OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO
- OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO
- TRACHEOTOMIA
- VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA
- VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

Minzione e Evacuazione

- UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA
- CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA
- CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA
- URETEROCUTANEOSTOMIA
- NEFROSTOMIA
- STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI)
- ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA

Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore

- NESSUNO
- PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI
- PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA
- DISORIENTAMENTO NEL TEMPO
- DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO
- COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO
- PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPrensIONE
- FACILE IRRITABILITÀ
- CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO
- URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI
- DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA)
- DISFORIA/EUFORIA E/O COMPORTAMENTI DISINIBITI
- DELIRI E ALLUCINAZIONI
- STATO ANSIOSO
- TONO DELL'UMORE DEFLESSO
- APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI
- TENTATI SUICIDI
- ETILISMO ATTUALE
- ETILISMO PREGRESSO
- AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/O VERSO ALTRI
- NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/CONTENZIONE
- NEGLI ULTIMI 6 MESI, ABBANDONO DEL DOMICILIO/STRUTTURA DI RICOVERO, SENZA CAPACITÀ DI FARVI RITORNO
- ALTRO

Terapia dialitica

- DIALISI PERITONEALE
- DIALISI EXTRACORPOREA

 Radioterapia

 Chemioterapia

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____

Allergie a farmaci

NO
 SI quali? _____

Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità? SI NO

Eventuali note: _____

Timbro e firma del Medico

Telefono
