

SCHEMA PROPOSTA RICOVERO RIABILITAZIONE INTENSIVA I.N.R.C.A. (ver. 1.3)

Per informazioni sulla compilazione contattare il 0718003411-3412-3459.
 Inviare per fax al 0718003411 o 0718003276 o per e-mail a o.mercante@inrca.it

COGNOME _____ NOME _____ M F Data nascita ___/___/___

Domicilio _____ Città _____

Telefono 1 _____ Telefono 2 _____ Telefono 3 _____

Diagnosi 1: _____ Data evento indice 1 ___/___/___

Diagnosi 2: _____ Data evento indice 2 ___/___/___

Collaborazione completa parziale nessuna SNG CV CVC Tracheostomia

Carico completo parziale kg ____ sfiorante a tolleranza non concesso fino al ___/___/___

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ
(scala di Rankin modificata)

Prima dell'evento acuto:

GRADO	DESCRIZIONE
0	NESSUN SINTOMO
1	NESSUNA DISABILITA' Sintomi di grado lieve, è in grado di eseguire tutte le attività abituali
2	DISABILITA' DI GRADO LIEVE Incapace di eseguire tutte le attività, ma in grado di seguire i propri affari senza assistenza
3	DISABILITA' DI GRADO MODERATO Richiede un certo aiuto, ma è in grado di camminare senza assistenza
4	DISABILITA' DI GRADO DISCRETO Incapace di camminare e di attendere alla cura di sé senza assistenza
5	DISABILITA' DI GRADO SEVERO Confinato a letto, incontinente, richiede costante assistenza

Al momento attuale:

GRADO	DESCRIZIONE
0	NESSUN SINTOMO
1	NESSUNA DISABILITA' Sintomi di grado lieve, è in grado di eseguire tutte le attività abituali
2	DISABILITA' DI GRADO LIEVE Incapace di eseguire tutte le attività, ma in grado di seguire i propri affari senza assistenza
3	DISABILITA' DI GRADO MODERATO Richiede un certo aiuto, ma è in grado di camminare senza assistenza
4	DISABILITA' DI GRADO DISCRETO Incapace di camminare e di attendere alla cura di sé senza assistenza
5	DISABILITA' DI GRADO SEVERO Confinato a letto, incontinente, richiede costante assistenza

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)

0: assente; 1: lieve; 2: moderato; 3: grave; 4: molto grave.

- | | |
|---|-----------|
| 1) Patologie cardiache | 0 1 2 3 4 |
| 2) Ipertensione | 0 1 2 3 4 |
| 3) Patologie vascolari | 0 1 2 3 4 |
| 4) Patologie respiratorie | 0 1 2 3 4 |
| 5) Patologie ORL | 0 1 2 3 4 |
| 6) Apparato intestinale superiore | 0 1 2 3 4 |
| 7) Apparato intestinale inferiore | 0 1 2 3 4 |
| 8) Patologie epatiche | 0 1 2 3 4 |
| 9) Patologie renali | 0 1 2 3 4 |
| 10) Altre patologie genito-urinarie | 0 1 2 3 4 |
| 11) Sistema muscolo-scheletro-cute | 0 1 2 3 4 |
| 12) Patologie sistema nervoso | 0 1 2 3 4 |
| 13) Patologie endocrine-metaboliche | 0 1 2 3 4 |
| 14) Patologie psichiatriche-comportamentali | 0 1 2 3 4 |

FATTORI SOCIO-AMBIENTALI

- Vive solo/a
- Vive con il coniuge non autonomo
- Vive con il coniuge autonomo
- Vive con persone che forniscono assistenza continuativa (familiari, badante, ...)
- Pz. istituzionalizzato
- Può usufruire di persone che forniscono assistenza per alcune ore durante il ricovero (familiari, badante, volontari, ...)

Data compilazione ___/___/___ Medico Proponente dott. _____ Firma _____

Struttura inviante: _____ Recapiti telefonici _____

Parte riservata al Medico accettante della di Riabilitazione Intensiva – I.N.R.C.A.

Punteggio Rankin progressivo: _____ Attuale: _____ CIRS: punteggio totale: _____ Indice di comorbilità: _____

Codice priorità: A B C D Non appropriato Note: _____