



SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN Ospedale di Comunità - ODC

ODC - 03
Data: 06/06/2024
Rev. 0

Dati clinici

Diagnosi: _____

Accertamenti recenti: _____

Presidi:

- catetere vescicale
- Pace Maker/ ICD
- ureterostomia/ nefrostomia
- Port-A-Cath/ CVC/ PICC
- SNG/PEG
- Tracheotomia
- NPT
- O2 Terapia
- colonstomia
- medicazioni complesse
- _____

Sintomi e segni:

- agitazione
 - disuria
 - sindrome mediastinica
 - anoressia
 - edemi
 - singhiozzo
 - ansia
 - febbre
 - sopore
 - astenia
 - grave insufficienza d'organo
 - sonnolenza
 - cefalea
 - infezioni cutanee
 - stipsi
 - coma
 - insonnia
 - tenesmo
 - confusione
 - ipertensione endocranica
 - tremore
 - delirio
 - lesioni da decubito
 - tosse
 - depressione
 - melena
 - versamento ascitico
 - diarrea
 - nausea
 - versamento pleurico
 - disfagia
 - prurito
 - vertigine
 - _____
 - rantolo
 - vomito
 - _____
- S/T
- disidratazione
 - rischio di crisi convulsive
 - _____
 - dispnea
 - rischio di emorragia
 - _____

Terapia in atto: _____

Si prega di allegare:

- DOCUMENTAZIONE CLINICA
- RICHIESTA DI RICOVERO SU RICETTA REGIONALE.



SCALA NEWS 2

TABELLA 1

| PARAMETRI FISIOLOGICI | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|------------------------|--------|----------|-------------|-------------|-------------|-----------|--|
| Frequenza del respiro | ≤ 8 | | 9-11 | 12-20 | | 20-24 | ≥ 25 |
| Saturazione d'ossigeno | ≤ 91 | 92-93 | 94-95 | ≥ 96 | | | |
| Ossigeno supplementare | | SI | | NO | | | |
| Temperatura corporea | ≤ 35,0 | | 35,1 - 36,0 | 36,1 - 38,0 | 38,1 - 39,0 | ≥ 39,1 | |
| Pressione sistolica | ≤ 90 | 91 - 100 | 101 - 110 | 111 - 219 | | | ≥ 220 |
| Frequenza Cardiaca | ≤ 40 | | 41 - 50 | 51 - 90 | 91 - 110 | 111 - 130 | ≥ 131 |
| Stato di coscienza | | | | Vigile | | | Richiamo verbale dolore provocato coma |

| | |
|--|---|
| PUNTEGGIO NEWS 2..... | |
| Ai fini dell'accesso in Ospedale di Comunità | |
| • Per gli utenti provenienti <u>da struttura sanitaria</u> | Punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore e nessuna variabile uguale a 3. |
| • Per gli utenti provenienti <u>dal domicilio</u> | Punteggio da 1 a 4 e nessuna variabile uguale a 3. |



SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE

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 |
| | - 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 |
| | - Inkontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24) | 3 |
| | - Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza | 3 |



SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN Ospedale di Comunità - ODC

ODC - 03
Data: 06/06/2024
Rev. 0

| 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 |
| - Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto | 3 |
| - Necessità di utilizzare sollevatore | 4 |
| - 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 infusionale 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 |
| - Comorbilità lieve (CIRS-C <3) | 2 |
| - Comorbilità severa (CIRS-C >3) | 3 |
| - Necessità di educazione sanitaria del paziente | 2 |

Dopo aver assegnato il valore ad ogni BISOGNO ASSISTENZIALE riportare nella scheda sottostante, segnando con una X, il valore assegnato con maggiore frequenza.



SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN Ospedale di Comunità - ODC

ODC - 03
Data: 06/06/2024
Rev. 0

| 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 | | | | | |
| IIA | INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE (corrisponde al punteggio assegnato con maggior frequenza ; in caso di parità tra i punteggi attribuiti, assegnare quello più alto).. | | | | |

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 di compilazione | Nome e cognome Medico |
| ____ / ____ / ____ | Recapito Telefonico |
| | Firma |

RIFERIMENTI:

COORDINATORE INFERMIERISTICO: Mariateresa Spertini – 366 787 8157

CASE MANAGER: Marian Grecu – 0332668711- 388 375 4874

MAIL: odc@menottibassani.it

Data di ricevimento ____ / ____ / ____