

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI MODENA

Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense

UNITÀ OPERATIVA DI GERIATRIA

LETTO N.

MEDICO DI REPARTO:

data

Diagnosi d'ingresso,

Cognome e Nome Sesso M F Età

Indirizzo Tel.

Luogo e data di nascita

Provenienza: domicilio ; presso parenti ; struttura protetta ; RSA ; altro (.....).

Medico Curante

Nome e cognome:; telefono:

Parente o persona di riferimento:

Nome e cognome:; telefono:

data

Diagnosi di dimissione,

.....

.....

Indirizzo: Via Giardini, 1355 - 41100 Baggiovara di Modena

Telefoni: 0593961028 / 27; fax: 0593961420

Capo Sala: 0593961144; e-mail: m.luca@ausl.mo.it

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Modulo Privacy Consenso Scritto	Pagina 1 di 1	
		Codice	2MO08CSCR
		REV.00	del 01/03/2005
Direzione Presidio			

DA INSERIRE NELLA CARTELLA CLINICA O NELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Ospedale di Reparto

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a, nato a,
 il, residente a, via
 letta e compresa l'informativa, **AUTORIZZO** l'Azienda Usl di Modena a trattare i miei dati personali e
 sensibili.

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Autorizzo l'Azienda Usl di Modena a fornire informazioni sulla mia salute ai seguenti
 familiari/conviventi/conoscenti/medico di fiducia (nome, cognome, eventuale recapito telefonico) indicati
 di seguito:

.....

INFORMAZIONI SULLA PRESENZA IN OSPEDALE

Autorizzo a fornire informazioni sulla mia presenza in Ospedale a quanti lo richiedano:

- SI
- NO

QUESTIONARI DI GRADIMENTO

Sono disponibile ad essere contattato dall'Azienda Usl di Modena e/o a ricevere presso il mio recapito
 (come sopra specificato), questionari/indagini di gradimento e/o di valutazione o altro materiale
 divulgativo connesso ad iniziative dell'Azienda Usl.

- SI
- NO

Data

Firma

* In caso di soggetto minore di età deve prestare il consenso chi esercita la potestà genitoriale. In caso di soggetto incapace o impossibilitato possono prestare il consenso il Tutore, Il Curatore, l'Amministratore di sostegno, un prossimo congiunto, un familiare, un convivente.

DA INSERIRE NELLA CARTELLA CLINICA O NELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Ospedale di Reparto

Questo MODULO è riservato ai soli casi di manifestazione orale del consenso da parte del paziente che si trovi nell'oggettiva impossibilità o difficoltà di compilare e sottoscrivere la modulistica del consenso scritto e non possa essere rappresentato dai soggetti di seguito specificati: tutore, curatore, amministratore di sostegno, prossimo congiunto, familiare, convivente o responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.

ANNOTAZIONE DEL CONSENSO AI SENSI DELL'ARTICOLO 81 DEL D.LGS 196/03*

Il sottoscritto, **esercitante la professione sanitaria** in qualità di, dichiara di aver consegnato/illustrato l'informativa per il trattamento dei dati personali e di aver ricevuto la manifestazione orale del consenso al trattamento da parte del Sig./Sig.ra, nato/a a il
Data In fede

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

L'interessato dichiara di **autorizzare** l'Azienda Usl di Modena a fornire informazioni sulla propria salute ai seguenti familiari/conviventi/conoscenti/medico di fiducia (nome, cognome, eventuale recapito telefonico) indicati di seguito:

.....
.....
.....

INFORMAZIONI SULLA PRESENZA IN OSPEDALE

L'interessato dichiara di **autorizzare** l'Azienda Usl di Modena a fornire informazioni sulla propria presenza in Ospedale a quanti lo richiedano:

- SI
 NO

QUESTIONARI DI GRADIMENTO

L'interessato **dichiara la propria disponibilità** ad essere contattato dall'Azienda Usl di Modena e/o a ricevere presso il proprio recapito questionari/indagini di gradimento e/o di valutazione o altro materiale divulgativo connesso ad iniziative dell'Azienda Usl.

- SI
 NO

ANAMNESI

.....
.....
.....

VARIAZIONE PONDERALE NELL'ULTIMO ANNO = KG (in più o in meno).....

NUMERO FRATTURE

NUMERO CADUTE NELL'ULTIMO ANNO =

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA (motivo principale del ricovero)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

All'ingresso il punteggio della Scala Barthel è:

Se è presente dolore definire le sue caratteristiche

SCALA NUMERICA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
NO DOLORE DOLORE INSOPPORTABILE

SCALA VISIVA

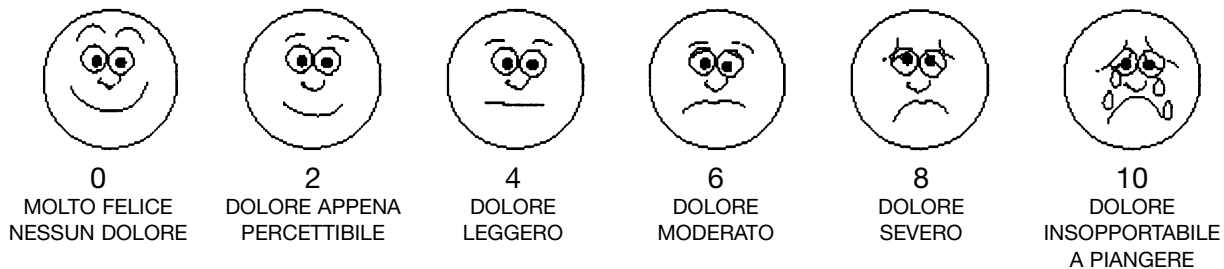
NO DOLORE

LEGENDA: chiedere al paziente di indicare sulla linea dove si trova il suo dolore in relazione alle due estremità. La croce è solo approssimativa per esempio, una croce a metà indica la metà di un dolore acuto, insopportabile.

CATEGORIE

NESSUNO (0) LIEVE (1-3) MODERATO (4-6) SEVERO (7-10)

SCALA FACCE



- SEDE DEL DOLORE:

-

ANAMNESI FARMACOLOGICA

NOTE:

	Principio farmacologico	Da giorni, mesi, anni (specificare)
Antibiotici		
FANS		
Cortisonici		
Antiaggreganti		
Anticoagulanti		
Eparina s.c.		
Ipolipemizzanti		
Ipoglic. orali		
Insulina		
Ormoni tiroidei		
Estrogeni		
Digitale		
Antiarritmici		
Antiipertensivi		
Diuretici		
Antiparkinsoniani		
Benzodiazepine		
Neurolettici		
Antiepilettici		
Antidepressivi		
Antipsicotici		
Anticolinest.		
Antiasmatici		
Mucolitici		
Lassativi		
Procinetici		
Antisecr. gastrici		
Supplementi ferro		
Supplementi vit.		
Integratori alimentari		
Antidolorifici maggiori		
Anti-osteoporotici		

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MODIFIED CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (C.I.R.S.)

1 - Cardiologico (solo cuore)	1	2	3	4	5
2 - Ipertensione arteriosa (severità)	1	2	3	4	5
3 - Vascolare, linfatico, emopietico	1	2	3	4	5
4 - Respiratorio (al di sotto laringe)	1	2	3	4	5
5 - Occhio, orecchio, naso, gola, laringe	1	2	3	4	5
6 - Gastroenterico alto	1	2	3	4	5
7 - Intestino, ernia	1	2	3	4	5
8 - Epatico (solo fegato)	1	2	3	4	5
9 - Renale (solo rene)	1	2	3	4	5
10 - Genito-urinario (uretere-genitali)	1	2	3	4	5
11 - Muscolo scheletrico e cute	1	2	3	4	5
12 - Neurologico (escluse le demenze)	1	2	3	4	5
13 - Endocrino, metabolico, infettivo, tossico	1	2	3	4	5
14 - Cognitivo-psichiatrico comportamentale	1	2	3	4	5

Legenda:

1 Assente

4 Grave

2 Lieve

5 Molto grave

3 Moderato

Indice di severità della comorbilità: =

(= media dei punteggi delle prime 13 categorie)

Indice di comorbilità complessa: =

(= numero totale delle prime 13 categorie nelle quali il punteggio è uguale a 3,4 o 5)

ESAME OBIETTIVO (all'ingresso)

Condizioni generali

Facies Decubito

Altezza m: Peso kg: BMI:

Fabbisogno calorico giornaliero calcolato = Kcal

Cute: normale ; ipoelastica ; disidratata ; pallida ; itterica ; cianotica (indicare sede); discromica ;
presenza di lesioni (indicare tipo e sede)

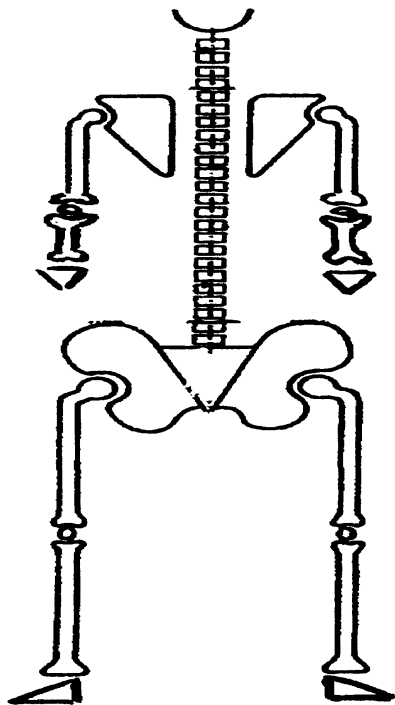
Pannicolo adiposo: normale ; scarso ; abbondante ; adiposità centrale ; circ. vita; circ. fianchi; Rapp. V/F

Edemi: assenti ; perimalleolari ; periorbitali ; tibiali ; sacrali ; stato anasarcatico

Sistema linfoghiandolare: non si apprezzano linfoghiandole ; si apprezzano ; indicare la sede

Apparato locomotore (cfr. figura)

esistono deformazioni/schiacciamenti dei corpi vertebrali: no si



Indicare sedi colpite sulla figura, tipo di lesione e manifestazioni semeiologiche

N = normale
M = mialgie
OA = osteoartrosi
AN = anchilosi
AR = artrite

LF = limitazione funzionale
D = dolorabilità
T = tumefazione

Esame dei piedi: dolore no si

normali

anomalie morfologiche

Tono muscolare: normale patologico

Mialgie: assenti ; presenti (indicare sede)

Capo:

Occhi: bulbi oculari pupille isocoriche ; altro ;

riflesso fotomotore presente ; assente ;

riflesso di accomodazione

campo visivo

movimenti oculari involontari: presenti ; assenti ;

Bocca: xerostomia/bocca secca no si ; cheilite no si ; rima orale simmetrica no ; si ;

sciallorea no si ; protesi no si , parziale , numero denti residui

Regione cervicale

gozzo: no si ; noduli tiroidei: no si

soffio carotideo: no si (sx / dx) ; Turgore delle giugulari: no si ; recede in inspirium no si

APPARATO RESPIRATORIO

PEF (flusso massimo espiratorio): litri/min, pari al % del valore normale

Ispezione:

Cifosi no si scoliosi no si torace a botte no si altro,

Palpazione:

F.V.T.: normotrasmeso ridotto aumentato ,

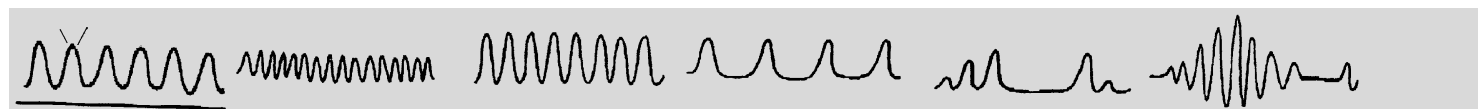
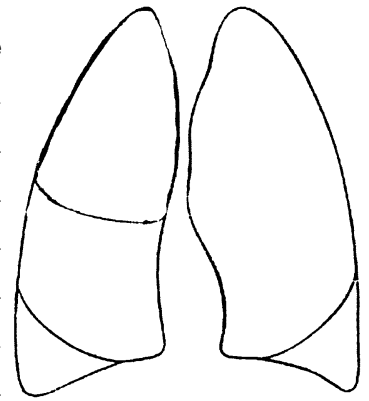
Percussione:

Ascoltazione:

Murmure vescicolare normale ridotto assente sede

Ronchi (RO) rantoli (RA) sibili (SI) sfregamenti (SF) (ind. sede sulla fig.)

Freq. resp. (atti/min.): Tipo di respiro: SATUR. O₂:%



- Normale
- Tachipnea
- Iperpnea
- Bradipnea
- Atassico (Biot)
- Periodico (Cheyne-Stokes)

Mammella: Normale Noduli Note

APPARATO CARDIOVASCOLARE

Ispezione

Itto: non visibile visibile in sede:

Palpazione

Itto: non palpabile palpabile spostato a sinistra iperdinamico ipercinetico fremito

Percussione: aia cardiaca normale ingrandita non delimitabile

Ascoltazione

Toni: validi parafonici ritmici aritmici rinforzo I / II tono sdoppiamento I / II tono

Toni aggiunti: no si , (specificare)

Soffi: sistolico diastolico , in sede Irradiazione Intensità ^(da 1 a 6)

Frequenza cardiaca (precordio)/min

T.A. in clinostatismo (mm Hg): T.A. in ortostatismo (mm Hg):

Polso radiale: normale ; piccolo ; ampio ; teso ; molle ; duro ; celere ; tardo ; alternante ; bigemino ; paradosso ; altro ; frequenza

ARTERIE PERIFERICHE	NORMOSFIGMICHE		IPOSFIGMICHE		ASFIGMICHE	
	DX	SX	DX	SX	DX	SX
# CAROTIDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# OMERALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# RADIALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# FEMORALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# POPLITEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# TIBIALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# PEDIDIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temperatura cutanea estremità Dx Sx

VENE PERIFERICHE

Note

Segni di insufficienza venosa arti inferiori SI NO Dx Sx

Dermatite da stasi SI NO Dx Sx

Ulcere da stasi SI NO Dx Sx

ADDOME**Ispezione:** piano globoso batraciano altro ,cicatrici: no si ,cicatrice ombelicale: introflessa piana estroflessa spostata ,circoli venosi collaterali no si ,ernie, laparocèle no si ,**Palpazione:** add. trattabile ; non trattabile ; non dolente ; dolente in sedemasse no si , sede

altri rilievi:

s. di Blumberg

Percussione: meteorismo no si ,versamento no si ,**Ascoltazione:** Borborighmi presenti no si ; soffi addominali no si , sede**Fegato:** non valutabile non palpabile , palpabile , di consistenza con superficiedolente alla palpazione segno di Murphy (grado)margine inferiore palpabile consistenza**Milza:** pregressa splenectomia polo inferiore non palpabile polo inferiore palpabile volume aumentato dolente ; consistenza: normale , aumentata **APPARATO UROGENITALE**Reni palpabili non palpabili Segno di Giordano positivo dx sx ; Punti ureteraliPresenza di globo vescicale: no si Incontinenza urinaria no si , da mesiCatetere vescicale no si , presente al momento del ricovero , (data dell'ultima sostituzione tipo)posizionato durante il ricovero , in data tipoEsplorazione rettale normale ; patologica Incontinenza fecale: no si ; da mesi?**SISTEMA NERVOSO****Stato di coscienza:** normale alterato :**Attenzione:** normale alterata :**Orientamento:** Spaziale: normale parziale assente ; Temporale: normale parziale assente ;**Linguaggio:** Normale Disartria Afasia Ecolalia Logorrea Confabulazioni Perseverazioni Parafasie Paronomie Altro (.....)**Equilibrio e stazione eretta:** Tandem: Mantiene la posizione tandem per 10 sec. Mantiene la posizione tandem per meno di 10 sec. Mantiene solo la posizione semitandem Incapace di mantenere la posizione **Deambulazione:** autonoma ; con ausilio (specificare); impossibile ;**Andatura:** a piccoli passi ; a base allargata ; parkinsoniana ; steppante ; atassica ; altro **Motilità volontaria:** presente assente **FORZA MUSCOLARE:**

Handgrip: dx =; sx = (Kg)

Chair standing: incapace = 0>=16.7 sec. =1 11.2-13.6 sec. =313.7-16.6 sec. = 2 <=11.1 sec. =4

DEGLUTIZIONE: normale disfagia disfagia paradossa disfagia totale

Tono e trofismo muscolare: Normotonia Ipotonia Ipertonia (sede

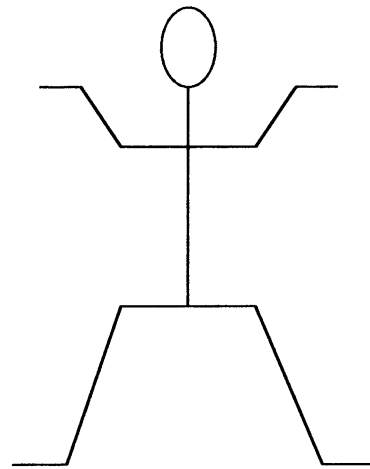
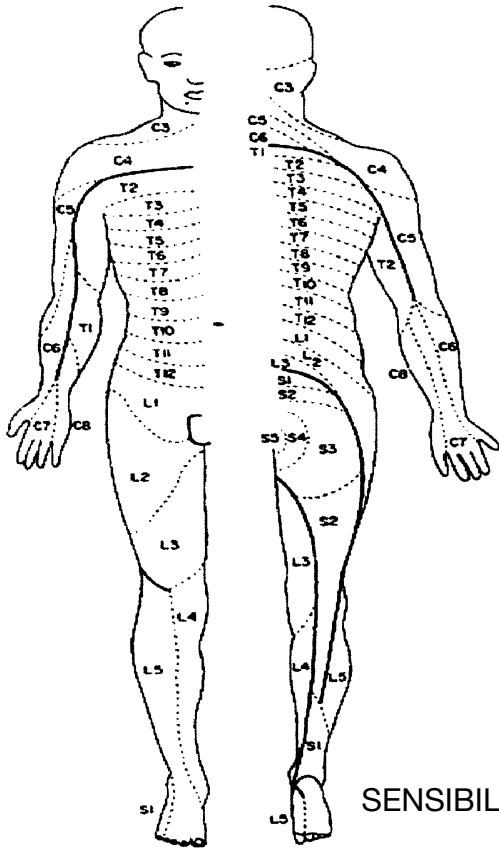
Normotrofismo Atrofia Ipertrofia (sede

Motilità involontaria: assente tremori a riposo tremore intenzionale mioclonie discinesie movimenti coreici
rigidità troclea tics altro

Sensibilità cutanea tattile
(segnalare dermatomeri ipo/anestesi)

Riflessi osteo-tendinei
(indicare sede e grado)

Riflessi patologici



Babinski no si

Grasping no si

..... no si

..... no si

0 = assente

+ = debole

++ = normale

+++ = iperreflessia

SENSIBILITÀ VIBRATORIA [INDICARE SULLO SCHEMA SE RIDOTTA (VR), SE ASSENTE (VA)]

Barré - Mingazzini:

Coordinazione motoria:

Nervi cranici:

UDITO

Protesi acustica? no si da quanti anni?

Pronunciare a bassa voce e scandendo le parole a distanza di 4 metri, la frase "oggi è una giornata di sole/pioggia"

(frase ripetibile tre volte) Il soggetto sente? no si subito dopo più di un tentativo con grande difficoltà

Giudizio sull'udito: normale (comprende conversazione normale); lievemente ridotto (comprende ad alta voce); totale sordità

VISTA

Porta occhiali no si da che età?, miope ipermetrope astigmatico presbiopia

Glaucoma no si in terapia con da anni Cataratta no si in tp con

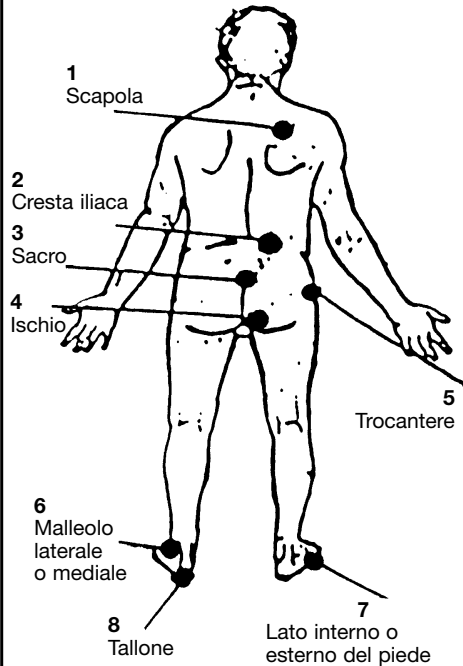
pregressi interventi?

Distingue i colori no si

VALUTAZIONE GERIATRICA MULTIDIMENSIONALE

LESIONI DA DECUBITO

(indicare sede su figura)



STADIO 0 = nessun decubito

STADIO 1 = area persistente di arrossamento senza soluzione di continuo della cute che non scompare se si elimina la pressione

STADIO 2 = perdita superficiale della cute che clinicamente si presenta come un'abrasione, una bolla o un cratere poco profondo

STADIO 3 = perdita della pelle a tutto spessore con esposizione del tessuto sottocutaneo.

Si presenta come un cratere profondo con o senza i bordi sottominati

STADIO 4 = perdita a tutto spessore di cute e sottocute con esposizione di muscoli e/o ossa

sede	stadio	data	stadio	data	stadio	data

Tinetti test

data _____

1-Equilibrio da seduto:	si inclina o scivola dalla sedia	0	10-Inizio deambulazione	esitazione più tentativi	0
	è stabile e sicuro	1		nessuna esitazione	1
2-Alzarsi dalla sedia:	incapace senza aiuto	0	11-Lunghezza ed altezza passo piede dx	piede dx non supera il sx	0
	deve aiutarsi con le braccia	1		piede dx supera il sx	1
	si alza senza aiutarsi	2		piede dx non si alza da terra completamente	0
3-Tentativo di alzarsi:	incapace senza aiuto	0		piede dx si alza del tutto	1
	capace ma con più tentativi	1	11-Lunghezza ed altezza passo piede sx	piede sx non supera il dx	0
	capace al primo tentativo	2		piede sx supera il dx	1
4-Eq. in stazione eretta: (primi 5 sec.)	instabile	0		Piede sx non si alza completamente da terra	0
	stabile con ausilio	1		piede sx si alza del tutto	1
	stabile senza ausili	2	12-Simmetria del passo:	piede dx e sx non uguali	0
5-Eq. in stazione eretta:	instabile	0		piede dx e sx uguali	1
	stabile ma a base larga	1	13-Continuità del passo:	interrotto o discontinuo	0
	stabile a base stretta	2		continuo	1
6-Romberg:	instabile	0	14-Traiettoria:	marcata deviazione	0
	stabile	1		modesta deviazione o ausili	1
7-Romberg sensibiliz.:	incomincia a cadere	0	15-Tronco:	non deviazione o ausili	2
	oscilla ma si riprende da solo	1		marcata oscillazione o uso di ausili	0
	stabile	2		non oscillazione ma flessione gambe, schiena o allargamento braccia durante il cammino	1
8-Girarsi di 360°:	a passi discontinui	0		non oscillazioni, o ausili	2
	a passi continui	1	16-Cammino:	i talloni sono separati	0
	instabile, si aggrappa, oscilla	0		i talloni quasi si toccano	1
	stabile	1			
9-Sedersi:	insicuro, sbaglia la distanza, cade sulla sedia	0			
	usa le braccia, movimento discontinuo	1			
	sicuro movimento continuo	2			
PUNT. EQUILIBRIO		/16	PUNT. ANDATURA		/12

VALUTAZIONE NUTRIZIONALE

MNA (Mini Nutritional Assessment) - PUNTEGGIO TOTALE; **OSSERVAZIONI**

Valutazione del grado di autonomia

I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living)

Punteggio

- A) ABILITÀ AD USARE IL TELEFONO**
 - 1 1. Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero telefonico e lo compone.
 - 1 2. Compone solo pochi numeri ben conosciuti.
 - 1 3. Risponde al telefono, ma non compone i numeri.
 - 0 4. È incapace di usare il telefono.

 - B) FARE LA SPESA**
 - 1 1. Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma.
 - 0 2. È capace di effettuare solo piccoli acquisti.
 - 0 3. Ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto.
 - 0 4. È completamente incapace di fare la spesa.

 - C) PREPARARE I PASTI**
 - 1 1. Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in maniera autonoma.
 - 0 2. Prepara i pasti solo se gli si forniscono tutti gli ingredienti.
 - 0 3. È in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara i cibi in maniera non costante tanto da non riuscire a mantenere un'alimentazione adeguata.
 - 0 4. Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito.

 - D) CURA DELLA CASA**
 - 1 1. Riesce ad occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aiuto per i lavori pesanti.
 - 1 2. Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri come lavare i piatti, rifare il letto, ecc.
 - 1 3. Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri, ma non è capace di mantenere un livello adeguato di pulizia.
 - 0 4. Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie della casa.
 - 0 5. È completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica.

 - E) FARE IL BUCATO**
 - 1 1. Lava tutta la propria biancheria.
 - 1 2. Lava solo i piccoli indumenti.
 - 0 3. Tutto il bucato deve essere fatto da altri.

 - F) SPOSTAMENTI FUORI CASA**
 - 1 1. Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o della propria automobile.
 - 1 2. Fa uso di taxi, ma non è capace di usare mezzi pubblici.
 - 1 3. Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato.
 - 0 4. Viaggia in macchina o in taxi quando è assistito o accompagnato da altri.
 - 0 5. Non può viaggiare affatto.

 - G) ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI**
 - 1 1. È capace di assumere correttamente le medicine.
 - 0 2. È capace di assumere le medicine solo se in precedenza già preparate e separate.
 - 0 3. È incapace di assumere da solo le medicine.

 - H) USO DEL PROPRIO DENARO**
 - 1 1. Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, fare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca), controlla le proprie entrate.
 - 1 2. Provvede alle spese ed ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese, ecc.).
 - 0 3. È incapace di maneggiare il denaro in modo proprio.
- _____ PUNTEGGIO tot. all'ingresso:/8 all'uscita/8

A.D.L. (Activities of Daily Living)

Punteggio

- A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)**
 - 1 1. Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).
 - 1 2. Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).
 - 0 3. Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.

 - B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)**
 - 1 1. Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.
 - 1 2. Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.
 - 0 3. Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.

 - C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione pulirsi, rivestirsi)**
 - 1 1. Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).
 - 0 2. Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.
 - 0 3. Non si reca in bagno per l'evacuazione.

 - D) SPOSTARSI**
 - 1 1. Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).
 - 0 2. Compire questi trasferimenti se aiutato.
 - 0 3. Allettato, non esce dal letto.

 - E) CONTINENZA DI FECI E URINE**
 - 1 1. Controlla completamente feci e urine.
 - 0 2. «Incidenti» occasionali.
 - 0 3. Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente.

 - F) ALIMENTAZIONE**
 - 1 1. Senza assistenza.
 - 1 2. Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.
 - 0 3. Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.
- _____ PUNTEGGIO tot.: all'ingresso:/6 all'uscita:/6

Valutazione del tono dell'umore

GDS: Geriatric Depression Scale

- | | <i>punti</i> | 1 | 0 |
|--|--------------|----------|----------|
| 1) È fondamentalmente soddisfatto della sua vita? | | no | si |
| 2) Ha abbandonato molte delle sue attività o interessi? | | si | no |
| 3) Ha l'impressione che la sua vita sia vuota? | | si | no |
| 4) Si sente spesso annoiato? | | si | no |
| 5) È di buon umore per la maggior parte del tempo? | | no | si |
| 6) Teme che possa succederle qualche cosa di male? (di brutto?) | | si | no |
| 7) Si ritiene nel complesso felice (contento?) | | no | si |
| 8) Si sente spesso non aiutato (senza aiuto, senza appoggio?) | | si | no |
| 9) Preferisce stare in casa piuttosto che uscire a fare cose nuove (diverse dal solito?) | | si | no |
| 10) Pensa di avere più problemi di memoria degli altri (suoi coetanei?) | | si | no |
| 11) Pensa che sia bello stare al mondo (vivere) in questo momento? | | no | si |
| 12) Pensa che attualmente la vita che fa abbia poco senso (sia quasi senza valore?) | | si | no |
| 13) Si sente pieno (carico) di energia? | | no | si |
| 14) Ritiene che la sua situazione (condizione) sia senza speranza? | | si | no |
| 15) Pensa che gli altri siano meglio di lei (in condizioni migliori?) | | si | no |

TOTALE

Punteggio 0-5: normale
 6-10: depressione lieve o moderata
 >11: depressione clinicamente rilevante

VALUTAZIONE GERIATRICA MULTIDIMENSIONALE

Valutazione cognitiva MMSE

Data di compilazione:

- 1 - ORIENTAMENTO T/S:** giorno, mese, anno, giorno della settimana, stagione/5
[max 10 punti] provincia, regione, città, luogo, piano/5
- 2 - MEMORIA:** il medico pronuncia ad alta voce (una sola volta) il nome di 3 oggetti (casa, pane, gatto) al ritmo di 1 al secondo. Farli ripetere 1 volta. Far ripetere nuovamente al paziente la sequenza delle 3 parole fino a quando non le abbia imparate. Contare i tentativi e registrarli (n° massimo di ripetizioni = 6)/3
- 3 - ATTESTAZIONE-CALCOLO:** Far contare per sette all'indietro, partendo da 100. Fermarsi dopo le prime 5 risposte/5
- 4 - MEMORIA DI RICHIAMO** Richiamare i 3 termini precedentemente imparati/3
- 5 - LINGUAGGIO** Riconoscimento di un oggetto
- “Come si chiama questa?” (Indicando una matita)/1
- “Come si chiama questo?” (Indicando un orologio)/1
- > Ripeta: “Non c'è né se né ma che tenga”/1
- > Esecuzione di compito su comando:
- a) con la mano destra prenda questo foglio/1
- b) lo pieghi a metà/1
- c) e lo appoggi sulle sue ginocchia/1

Spazio per incollare il disegno:

- > Presentare al paziente un foglio con la scritta: “CHIUDA GLI OCCHI”
Il paziente deve obbedire all'ordine/1
- > Far scrivere al paziente una frase formata almeno da soggetto e verbo/1
- > Far copiare al paziente il disegno:/1

PUNTEGGIO TOTALE

Età		65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Scolarità	0-4	+0,4	+0,7	+1,0	+1,5	+2,2
	5-7	-1,1	-0,7	-0,3	+0,4	+1,4
	8-12	-2,0	-1,6	-1,0	-0,3	-0,8
	13-17	-2,8	-2,3	-1,7	-0,9	-0,3

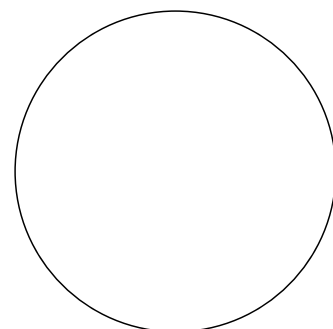
Il coefficiente va aggiunto o sottratto al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio corretto.

CAM (CONFUSION ASSESSMENT METHOD) (DATA))

- 1- Comparsa acuta dei sintomi e decorso fluttuante, chiedere anche ai familiari se c'è stata modificazione acuta dello stato mentale e se questo si modifica nella giornata
- 2- Inattenzione: se il paziente è facilmente distraibile e non segue il filo del discorso
- 3- Disorganizzazione del pensiero: salta da un argomento all'altro; il discorso è illogico e non chiaro
- 4- Livello di coscienza: a) normale; b) soporoso (risvegliabile); c) stuporoso (non reattivo); d) comatoso

C'è **delirium** se coesistono 1,2,3 o 4 sì no

TEST DELL'OROLOGIO (DATA))



DATA								
VES 1ª ORA (mm)								
ERITROCITI x 10 ⁶ /mmc								
Hb g/dl / ematocrito %	/	/	/	/	/	/	/	/
Vol. glob. medio (fl)								
MCH pg / MCHC g/dl								
Reticolociti ‰ / N° assoluto								
LEUCOCITI x 10 ³ /mmc								
Neutrofilii %								
Eosinofili %								
Basofili %								
Linfociti %								
Monociti %								
Linfociti / mmc								
PIASTRINE x 10 ³ /mmc								
Att. Prot. % / INR	/	/	/	/	/	/	/	/
P.T.T. sec / RATIO	/	/	/	/	/	/	/	/
Fibrinogeno mg/dl AT III %	/	/	/	/	/	/	/	/
D-Dimero µg/ml								
Sideremia µg/dl								
Transf. totale mg/dl	/	/	/	/	/	/	/	/
Satur Transf. % (UIBC)								
Ferritina ng/ml								
Ammoniemia µg/dl								
ImmunoELF siero								
ImmunoELF urine								
URINE: Peso specifico								
Reazione pH								
Proteine g/die / Microalbuminuria	/	/	/	/	/	/	/	/
Sangue - emoglobina								
Glucosio - mg/dL								
Acetone								
Urobilina								
Bilirubina								
Sedimento GB: 0, +, ++								
GR: 0, +, ++								
Cilindri: 0, +, ++								
Batteri: 0, +, ++								

DATA									
Glicemia mg/dl	HbA 1c %	/	/	/	/	/	/	/	/
Urea mg/dl / Creatininemia mg/dl									
Rapporto Urea / Creatinina									
Clearance Creatinina $\frac{(140 - \text{età}) \times \text{kg}}{\text{creatininemia} \times 72}$ (♀: x 0,85)									
Uricemia mg/dl									
Protidemia tot. g/dl									
Colester. tot. / HDL/LDL mg/dl		/	/	/	/	/	/	/	/
Trigliceridi mg/dl									
Bilirubina tot./diretta mg/dl		/	/	/	/	/	/	/	/
Na	K (m Eq / L)	/	/	/	/	/	/	/	/
Cl mEq/L									
Ca (mg/dl)	P (mg/dL)								
Mg (mg/dL)									
Vitamina D ₃ / PTH									
S.G.O.T. (AST) U/L									
S.G.P.T. (ALT) U/L									
Fosf. Alcalina / γ GT U/L		/	/	/	/	/	/	/	/
Colinesterasi U/L									
Amilasi plasma U/L /urine U/24h		/	/	/	/	/	/	/	/
Fosf. ac. tot. U/L									
CPK U/L / CPK - MB		/	/	/	/	/	/	/	/
Troponina ng/ml		/	/	/	/	/	/	/	/
DATA				DATA				DATA	
P.C.R. mg/dl				Ig G mg/dl				α FP ng/ml	
				Ig A mg/dl				C.E.A. ng/ml	
Cerulopl. mg/dl				Ig M mg/dl				CA 19.9 U/ml	
Fatt. Reumatoide				IgE (U/ml)				CA 125 U/ml	
ANA				Proteinuria B-J				NSE μ g/l	
ENA				Catene κ					
Omocisteinemia μ mol/L				Catene λ				PSA ng/ml	
TSH μ U/ml				Rapporto κ/λ					
fT3 pg/ml				β 2-micr. μ g/ml				Vit. B ₁₂ pg/ml	
fT4 pg/ml				Aptogl. mg/dl				Ac. Folico ng/ml	

**Spazio per copie referti
(o altri test valutazione)**

**Spazio per copie referti
(o altri test valutazione)**

INDAGINI PROGRAMMATE

INDAGINE RICHIESTA	DATA RICHIESTA	DATA ESECUZIONE	DATA RICEVIM. REFERTO

ALLA DIMISSIONE

MMSE:; commento:

ADL:; IADL: : Barthel alla dimissione punteggio:

Forme di assistenza domiciliare attivate: nessuna ; ADI ; altre

è stata fatta la valutazione dall' UVG : Si No

durante il ricovero il paziente è: migliorato ; peggiorato ; stazionario

NOTIZIE MEDICO INFERMIERISTICHE

Presenza di lesioni da decubito: no ; si : 1 - sede:; stadio:

2 - sede:; stadio:

ADL: punteggio

Problemi nutrizionali: no ; si

Incontinenza urinaria: no ; si

Incontinenza fecale: no ; si

Presenza di catetere vescicale: no ; si

tipo:

data ultima sostituzione:

Categoria RUG III:

Decisioni anticipate? no ; si

DESTINAZIONE ALLA DIMISSIONE:

1. Propria abitazione ; 2. Altro ospedale ; 3. RSA ; 4. Trasferimento interno ; 5. PARE ; 6. Res. per anziani

7. Sconosciuta