



REGIONE LIGURIA

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

20 febbraio 2007

SEZIONE A - DATI GENERALI

COGNOME _____	NOME _____	SESSO _____
DATA DI NASCITA: ____/____/____	LUOGO DI NASCITA: _____	
Codice Fiscale _____	Residenza: _____	
	Comune: _____	

SEZIONE B--- VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA NELLE CURE DELLA PERSONA, DEL BISOGNO DI NURSING TUTELARE E INFERMIERISTICO

P1	COERENZA		
	2 COERENTE	SORV. INCOERENTE E/O CONFUSO	1.00
	1 PARZIALMENTE O SALTUARIAMENTE INCOERENTE	SORV. INCOERENTE E/O CONFUSO ITINERANTE	3.00
	0 INCOERENTE (BISOGNOSO DI SORV.CONT.)		
P2	ORIENTAMENTO		
	2 BEN ORIENTATO		
	1 PARZIALMENTE O SALTUARIAMENTE DISORIENTATO		
	0 DISORIENTATO TEMPORO-SPAZIALE		
P3	INSERIMENTO SOCIALE		
	2 NESSUN PROBLEMA DI INSERIMENTO NEL PROPRIO CONTESTO	PARZIALE AIUTO ALL'INSERIMENTO IN COMUNITÀ	1.00
	1 HA QUALCHE DIFFICOLTA' (MANTIENE RAPPORTI CON FREQUENTI CONTRASTI)	AIUTO ALL'INSERIMENTO IN COMUNITÀ	2.00
	0 GRAVI PROBLEMI (NON RIESCE A MANTENERE RAPPORTI CON LE PERSONE)		
P4	VISTA		
	2 VEDE BENE (ANCHE CON LENTI)	IMPEGNO ASSISTENZIALE SPECIFICO MEDIO	0.50
	1 LA FUNZIONE È PARZIALMENTE CONSERVATA	IMPEGNO ASSISTENZIALE SPECIFICO ALTO	1.00
	0 NON VEDENTE		
P5	UDITO		
	2 SENTE BENE (ANCHE CON PROTESI ACUSTICA)	IMPEGNO ASSISTENZIALE SPECIFICO MEDIO	0.50
	1 LA FUNZIONE È PARZIALMENTE CONSERVATA	IMPEGNO ASSISTENZIALE SPECIFICO ALTO	1.00
	0 NON UDENTE		
P6	PAROLA		
	2 PARLA NORMALMENTE	AFASIA CON COMPRESIONE PARZIALMENTE CONSERVATA	0.50
	1 DIFFICOLTÀ NELL'ESPRESSIONE VERBALE	AFASIA GRAVE	1.00
	0 TURBE GRAVI SIA DELL'ESPRESSIONE CHE DELLA COMPRESIONE VERBALE		
P7	CONTINENZA URINARIA		
	2 CONTINENTE	ASSISTENZA CON PADELLA O PAPPAGALLO	2.00
	1 INCONTINENTE SALTUARIO	ACCOMPAGNAMENTO W.C.	2.00
	0 INCONTINENTE FREQUENTE	ASSISTENZA USO ASSORBENTE GIORNO E NOTTE	2.00
		ASSISTENZA USO ASSORBENTE SOLO NOTTE	2.00
P8	CONTINENZA ANALE		
	2 CONTINENTE	ASSISTENZA PER CATETERE VESCICALE	1.00
	1 INCONTINENTE SALTUARIO	ASSISTENZA PER RACCOGLITORE ESTERNO	1.00
	0 INCONTINENTE FREQUENTE	ASSISTENZA PER NEOSTOMA URETERO-CUTANEO	2.00
		ASSISTENZA PER NEOSTOMA ENTERO-CUTANEO	2.00
P9	IGIENE SUPERIORE		

2	AUTOSUFFICIENTE	AIUTO AD AUTOSUFFICIENTE PARZIALE	1.00
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	NON AUTOSUFFICIENTE FISICO	1.00
0	NON AUTOSUFFICIENTE	NON AUTOSUFFICIENTE INCOERENTE E/O CONFUSO	2.00
P10	IGIENE INFERIORE	NON AUTOSUFFICIENTE INCONTINENTE LUCIDO	3.00
		NON AUTOSUFFICIENTE INCOERENTE E/O CONFUSO	
2	AUTOSUFFICIENTE	INCONTINENTE	4.00
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE		
0	NON AUTOSUFFICIENTE		
P11	ABBIGLIAMENTO SUPERIORE(CAMICIA,MAGLIA...)		
2	AUTOSUFFICIENTE	AIUTO AD AUTOSUFF.PARZIALE	1.00
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	NON AUTOSUFFICIENTE FISICO	1.00
0	NON AUTOSUFFICIENTE	NON AUTOSUFF.INCOERENTE E/O CONFUSO	2.00
P12	ABBIGLIAMENTO CENTRALE(CINTURA,MUTANDE..)	NON AUTOSUFF.INCONTINENTE LUCIDO SENZA DISPOSIT	2.00
		NON AUTOSUFF.INCOER.E/O CONF.INCONT.SENZA DISP.	3.00
2	AUTOSUFFICIENTE		
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE		
0	NON AUTOSUFFICIENTE		
P13	ABBIGLIAMENTO INFERIORE(PANTALONI,CALZE..)		
2	AUTOSUFFICIENTE		
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE		
0	NON AUTOSUFFICIENTE		
P14	TIPO DI ALIMENTAZIONE		
2	NORMALE(PER OS)		
1	LIQUIDA O SEMILIQUIDA PER OS	PREPARAZIONE ALIMENT.PARENTERALE O PER SONDA	2.00
0	ARTIFICIALE (SONDA NG.GASTRO-ENTEROSTOMIA. TPN)		
P15	AIUTO ALL'ALIMENTAZIONE		
2	NESSUN AIUTO	ADATTAMENTO DEL PASTO	2.00
1	ADATTAMENTO AL PASTO(AIUTO PER TAGLIARE I CIBI)	AIUTO A NON AUTOSUFFICIENTE	6.00
0	AIUTO TOTALE E SORV.CONTINUA	NON AUTOSUFFICIENTE CON SONDA NASO-GASTRICO O STOMIA IN MODALITA' MANUALE	6.00
P16	MOBILIZZAZIONE DA LETTO		
2	SI ALZA SENZA AIUTO O NON SI ALZA	AIUTO UMANO PER LASCIARE IL LETTO	1.00
1	DEVE ESSERE AIUTATO		
0	DEVE ESSERE ALZATO PASSIVAMENTE		
P17	MOBILITA' INTERNA		
2	SI MUOVE SENZA LIMITI NELLA RESIDENZA	PREVENZIONE DECUBITI	1.00
1	SI MUOVE SOLO IN CAMERA	MOBILIZZAZIONE PASSIVA A LETTO	1.00
0	NON PUÒ ESSERE ALZATO MAI DA LETTO		

P18	AIUTO ALLA DEAMBULAZIONE		
	2 NESSUN AIUTO	AIUTO UMANO PER MOBILIZZAZIONE IN CARROZZELLA	1.00
	1 AIUTO MECCANICO (BASTONE, TRIPODE, CARROZZELLA SE AUTONOMO)	AIUTO UMANO PER DEAMBULARE IN REPARTO/CASA	1.00
	0 AIUTO UMANO (ANCHE PER SPINGERE LA CARROZZELLA)		
P19	IGIENE POSTO LETTO	AIUTO IGIENE POSTO LETTO	0.50
	2 AUTOSUFFICIENTE	IGIENE P.L. IN PZ. NON AUTOSUFF. FISICO	1.00
	1 NECESSITA AIUTO	IGIENE P.L. IN PZ. INCONT. LUCIDO SENZA DISPOSITIVI	2.00
	0 NESSUNA ATTIVITÀ	IGIENE P.L. IN PZ. INCOERENTE E/O CONFUSO	2.00
		IGIENE P.L. IN PZ. INCOERENTE E/O CONFUSO INCONTINENTE SENZA DISPOSITIVI	3.00
	NURSING INFERMIERISTICO	PREPARAZ. E DISTRIBUZ. TERAPIA PER OS, I.M., S.C.	1.00
		SORVEGLIANZA INFERMIERISTICA A FLEBOCLISI	1.00
		SORVEGLIANZA E PREPARAZIONE TERAPIA E.V. (compreso gestione elastomero, terapia peridurale)	3.00
		SORVEGLIANZA INFERMIERISTICA A T.P.N. (compresa gestione CVC, Port a cath..)	3.00
		MEDICAZIONI LESIONI DA DECUBITO	2.00
		MEDICAZIONI ULCERE VASCOLARI ARTI INFERIORI	2.00
		MEDICAZIONI LESIONI DI ALTRO TIPO (es. ferita chirurgica..)	2.00
		SORVEGLIANZA/GESTIONE DELLA TRACHEOSTOMIA	2.00
		ASSISTENZA E SORVEGLIANZA A VENTILAZIONE ASSISTITA	3.00
		SORVEGLIANZA OSSIGENOTERAPIA 24 H.	1.00
		PREPARAZIONE/SORVEGLIANZA ALLA DIALISI PERITONEALE	4.00
	PROCEDURE MEDICHE SPECIALI	CHEMIOTERAPIA IN ATTO	1.00
		SORVEGLIANZA A PAZIENTE CLINICAMENTE INSTABILE	2.00
		(B) PUNTEGGIO	

SEZIONE C	NURSING RIABILITATIVO / RIATTIVANTE	3.00
ATTIVITA' RIABILITATIVE E RIATTIVANTI	(C) PUNTEGGIO	

SEZIONE D - DISTURBI COMPORTAMENTALI			
	Frequenza	Gravità	Totale
a) agitazione/aggressività,			
b) disturbi del sonno,			
c) attività motoria aberrante			
NPI:			
(D) PUNTEGGIO			

LEGENDA

FREQUENZA	
1	Meno di 1 volta alla settimana
2	1 volta per settimana
3	Più di 1 volta/settimana ma non tutti i giorni
4	Sempre presente
NPI	
tra 4 e 9	6
tra 10 e 26	12
>= 27	18

GRAVITA'	
1	Disturbante, controllato facilmente con supervisione e rassicurazioni, interferisce poco con le attività quotidiane
2	Comportamento che interferisce con le attività quotidiane ed è controllato solo con continui interventi del caregiver
3	Il comportamento è molto disturbante per la vita familiare ed è resistente agli interventi del caregiver; la risposta ai farmaci è nulla o instabile

SEZIONE E - CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)

Per ogni apparato segnare un punteggio secondo i seguenti codici

0. Nessuna compromissione
 1. La patologia non interferisce con le normali attività, il trattamento farmacologico non è strettamente necessario, la prognosi è eccellente
 2. La patologia interferisce con le normali attività, il trattamento farmacologico è necessario, la prognosi è buona
 3. La patologia è disabilitante, il trattamento farmacologico è necessario ed urgente, la prognosi può non essere buona
 4. La prognosi quod vitam è riservata, i risultati degli interventi terapeutici incerti

		0	1	2	3	4
1	Cuore					
2	Iperensione (organi bersaglio valutati singolarmente)					
3	Apparato vascolare (incluso vasi, linfatici, sangue, midollo, milza)					
4	Apparato respiratorio (patologia sottolaringea)					
5	Patologie occhio, orecchio, naso, gola, laringe					
6	Apparato digerente superiore (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)					
7	Apparato digerente inferiore (tenue, colon, ernie)					
8	Fegato (patologia parenchimale)					
9	Rene (solo il rene)					
10	Tratto genito - urinario					
11	Apparato muscolo scheletrico e cute					
12	Sistema nervoso centrale e periferico (escluso patologia psichiatrica)					
13	Sistema endocrino - metabolico (incluso sepsi e stati tossici)					
14	Patologie psichiatrico-comportamentali (include demenza)					
INDICE DI COMORBILITA' Segna il numero di categorie con punteggio \geq a 2 (<i>prime 13 categorie</i>)						/ 13
Categorie con punteggio \geq 3 Segna il numero di categorie con punteggio \geq a 3 (<i>prime 13 categorie</i>)						
(E) PUNTEGGIO						

Legenda per (E) PUNTEGGIO :
 Da 1 a 2 categorie con punteggio CIRS \geq 3 punteggio 3
 Più di 2 categorie con punteggio CIRS \geq 3 punteggio 6

ADEGUATEZZA DEL SUPPORTO FAMILIARE

A. Vive in famiglia o ha reti di supporto familiare di riferimento

SI

NO

B. Vive con coniuge o altro familiare autosufficiente

SI

NO

C. Le persone con cui vive sono adeguate ad assisterla/o a domicilio

SI

NO

Altri problemi rilevanti da segnalare _____

DATA _____

Codice MMG _____ NOME E COGNOME _____

FIRMA _____