

## SCHEMA

### VALUTAZIONE INFERMIERISTICA ALL'INIZIO DEL PERCORSO DI CURA PRESSO IL CAS

Cognome e Nome ..... **Data di nascita**.....

Residenza/Domicilio .....

Telefono/i .....

Indirizzo e-mail .....

**Inviante:**

MMG .....  Specialista.....

Pronto soccorso .....  Altra sede .....

Altro.....

**Data visita CAS**..... **Medico di riferimento CAS** .....

**Sospetto diagnostico/Diagnosi**.....

**ET 048:**  rilascio temporaneo .....  definitiva.....  in possesso

**Rilascio "Note informative su prestazioni assistenziali e previdenziali":**  .....  in possesso

**Allergie riferite:**  No  Si a  MDC.....  Farmaci .....

Alimenti .....  Altro .....

**Profilassi antiallergica MDC:**  No  Si

**Diabete:**  No  Si in terapia con .....

**Peso Kg:**..... **Altezza cm:** .....

**Patologia tiroidea:**  No  Si ..... in terapia con .....

**Terapia anticoagulante/antiaggregante**  No  Si con .....

**Claustrofobia:**  No  Si **Impianto:**  Pace Maker  Defibrillatore

Altro .....

**Fumo:**  Si da .....  No  Stop da .....

**Comorbilità presenti** .....

**Altro**.....

.....

## VALUTAZIONE BIO-PSICO-SOCIALE

AREA BIOLOGICA - Indicatori	SI/NO/NV
A. Performance Status: Presente indice di Karvnofsky < a 70 / ECOG >1 <i>(Vedi Allegato Performance Status)</i>	
B. Presenza di uno o più sintomi <i>(Se SI, compilare Allegato Sintomi)</i>	
C. Dolore <i>(Se SI, compilare Allegato Dolore)</i>	
D. Negli ultimi 3 mesi: <input type="checkbox"/> perdita di peso <input type="checkbox"/> difficoltà all'alimentazione <i>(Se SI, compilare Allegato Malnutrition Screening Tool – MST)</i>	
E. Persona con età ≥75aa <i>(Se SI, compilare G8)</i>	
AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA - Indicatori	
A. <input type="checkbox"/> Presenti o <input type="checkbox"/> passati disturbi <input type="checkbox"/> depressivi <input type="checkbox"/> ansiosi <input type="checkbox"/> altri disturbi psicologici e/o psichiatrici .....	
B. <input type="checkbox"/> E' o <input type="checkbox"/> è stato seguito dai Servizi di Salute Mentale o NPI Riferimento .....	
C. <input type="checkbox"/> Assume o <input type="checkbox"/> ha assunto farmaci per <input type="checkbox"/> ansia <input type="checkbox"/> depressione <input type="checkbox"/> altri disturbi psicologici e/o psichiatrici .....	
D. Presente <input type="checkbox"/> evidente o <input type="checkbox"/> esplicitamente dichiarato stato di <input type="checkbox"/> ansia <input type="checkbox"/> depressione <input type="checkbox"/> negazione rispetto alla situazione	
E. <input type="checkbox"/> Presente o <input type="checkbox"/> passata dipendenza patologica ( <input type="checkbox"/> sostanze, <input type="checkbox"/> alcool, <input type="checkbox"/> ludopatia, <input type="checkbox"/> altro.....) <i>(Se Presente, compilare Scheda PPF)</i>	
F. Familiare/i colpito/i da <input type="checkbox"/> disagio psichico <input type="checkbox"/> alcolismo <input type="checkbox"/> tossicodipendenza <input type="checkbox"/> ludopatia <input type="checkbox"/> altro..... <i>(Se SI, compilare Scheda PPF)</i>	
G. Richiesta di supporto psicologico da parte di <input type="checkbox"/> paziente <input type="checkbox"/> familiare <input type="checkbox"/> caregiver	
H. Famiglia con <input type="checkbox"/> esperienze traumatiche <input type="checkbox"/> gravi malattie <input type="checkbox"/> lutto/i importanti <i>(Se SI, compilare Scheda PPF)</i>	
AREA SOCIALE - Indicatori	
A. In carico al servizio sociale territoriale .....	
B. Situazione abitativa critica	
C. Cittadino Straniero <input type="checkbox"/> irregolare e/o <input type="checkbox"/> con difficoltà linguistica/culturale	
D. Presenza di figli? Se SI, quanti..... <i>(Se Minori o Giovani Adulti, compilare Scheda PPF)</i>	
E. Presenza Caregiver Se SI, Rapporto con il paziente .....	
<input type="checkbox"/> Coniugata/o <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Divorziata/o <input type="checkbox"/> Separata/o <input type="checkbox"/> Vedova/o <input type="checkbox"/> Single	
F. Presenza di familiare/i <input type="checkbox"/> anziano/i <input type="checkbox"/> grande/i anziano/i <input type="checkbox"/> con disabilità fisica <input type="checkbox"/> con disabilità psichica <i>(Se SI, compilare Scheda PPF)</i>	
G. Situazione economica critica Condizione lavorativa: <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Altro .....	

Note .....

.....

.....

**In presenza di un SI:** - in Area Biologica segnalare/inviare a Specialista di riferimento  
- in una delle Aree Psicologica/Psichiatrica e/o Sociale proporre contatto con professionista dedicato

Proposto contatto con:  Psicologo  Assistente Sociale  Mini-equipe PPF

La persona:  accetta  rifiuta  si riserva di decidere

## ALLEGATO 1

### Performance Status

<b>KARNOFSKY</b>	<b>CARATTERISTICHE FUNZIONALI DELLA PERSONA</b>	<b>ECOG</b>
<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> Nessun disturbo, nessun segno di malattia	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 90%	Possibili le normali attività, sintomatologia molto sfumata	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 80%	Normali attività possibili con difficoltà. Sintomi evidenti	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 70%	Cura di se stessi. Normali attività e lavoro non possibili	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 60%	Necessario qualche aiuto, indipendente nei bisogni personali	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 50%	Aiuto spesso necessario, richiede frequenti cure mediche	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 40%	Disabile. Necessario un aiuto qualificato	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 30%	Severamente disabile. Ospedalizzazione necessaria ma senza rischio di morte	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 20%	Estremamente malato. Richieste misure intensive di supporto alla vita	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 10%	Moribondo. Processi di malattia fatali rapidamente progressivi	<input type="checkbox"/> 4

## ALLEGATO 2

### Sintomi

Respirazione	Alimentazione	Eliminazione urinaria
<input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Emoftoe <input type="checkbox"/> Altro ..... .....	<input type="checkbox"/> Inappetenza <input type="checkbox"/> Disgeusia <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Difficoltà masticazione <input type="checkbox"/> Difficoltà deglutizione: <input type="checkbox"/> solidi <input type="checkbox"/> liquidi  <input type="checkbox"/> Altro ..... .....	<input type="checkbox"/> Ematuria  <input type="checkbox"/> Incontinenza: <input type="checkbox"/> diurna <input type="checkbox"/> notturna <input type="checkbox"/> occasionale  <input type="checkbox"/> Urostomia ..... .....  <input type="checkbox"/> Catetere vescicale  <input type="checkbox"/> Altro ..... .....
Eliminazione intestinale	Cute	Altro
<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Stipsi <input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Enterostomia ..... <input type="checkbox"/> Altro ..... .....	<input type="checkbox"/> Prurito <input type="checkbox"/> Sudorazione profusa <input type="checkbox"/> Altro ..... .....	<input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Alterazione del sonno ..... ..... <input type="checkbox"/> Altro ..... .....

**Note:** .....

.....

.....



## ALLEGATO 3

### Dolore

Scala di valutazione: NRS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sede/i dolore .....

.....

.....

Irradiazione .....

.....

.....

Dolore  acuto (< a 1 mese)  cronico (> a 1 mese)

Terapia in atto:.....

.....

.....

.....

## ALLEGATO 4

### Malnutrition Screening Tool (MST)

#### STEP 1:

Il paziente ha perso peso involontariamente di recente (1-3 mesi)?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No                                | 0 |
| <input type="checkbox"/> Non sa                            | 2 |
| <input type="checkbox"/> Se sì, quanto peso (Kg) ha perso? |   |
| <input type="checkbox"/> 1- 5                              | 1 |
| <input type="checkbox"/> 6-10                              | 2 |
| <input type="checkbox"/> 11- 15                            | 3 |
| <input type="checkbox"/> > 15                              | 4 |
| <input type="checkbox"/> Non sa                            | 2 |

Il paziente ha ridotto l'alimentazione per mancanza di appetito?

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No | 0 |
| <input type="checkbox"/> Sì | 1 |

TOTALE PUNTEGGIO STEP 1: .....

#### STEP 2:

Punteggio 0 = NO RISCHIO MALNUTRIZIONE

Si evidenzia una lieve riduzione degli introiti calorici senza perdita di peso  
NESSUN INTERVENTO.

RIVALUTAZIONE entro 30 gg da professionista di riferimento

Punteggio 1 = RISCHIO MALNUTRIZIONE BASSO

RIVALUTAZIONE e MONITORAGGIO PESO entro 30 gg, gestito da  
professionista di riferimento

*Consigliare consultazione libretti "Quando alimentarsi diventa un problema" scaricabile da:  
<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/reticliniche/la-rete-di-dietetica-e-nutrizione-clinica>*

Punteggio 2-3 = RISCHIO MALNUTRIZIONE MEDIO-ALTO

avviare precocemente a valutazione Dietistica/Dietologica

Proporre MONITORAGGIO PESO e invitare il paziente a compilare un diario  
alimentare di 2-3 giorni da consegnare in sede di valutazione

## ALLEGATO 5

### *G8 - Strumento di Screening*

	<b>Domande</b>	<b>Possibili risposte</b>
<b>A</b>	Negli ultimi 3 mesi, considerando le abitudini alimentari, è diminuita l'assunzione di cibo a causa di: perdita di appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione e/o deglutizione?	<b>0:</b> grave riduzione <b>1:</b> moderata riduzione <b>2:</b> normale assunzione
<b>B</b>	Perdita di peso durante gli ultimi 3 mesi?	<b>0:</b> riduzione >3kg <b>1:</b> sconosciuta <b>2:</b> riduzione fra 1 e 3 kg <b>3:</b> non perdita di peso
<b>C</b>	Movimento	<b>0:</b> letto o poltrona <b>1:</b> in grado di alzarsi dal letto/sedia ma senza uscire <b>2:</b> esce
<b>E</b>	Problemi Neuropsicologici (anamnestico)  <i>Se sospetto segnare 1</i>	<b>0:</b> demenza o depressione severa <b>1:</b> demenza o depressione moderata/lieve <b>2:</b> non problemi psicologici
<b>F</b>	Body Mass Index (peso in kg/altezza in m <sup>2</sup> )	<b>0:</b> BMI <19 <b>1:</b> BMI 19 - 21 <b>2:</b> BMI 21 - 23 <b>3:</b> BMI >23
<b>H</b>	Assume stabilmente più di 3 tipologie di farmaci al giorno?	<b>0:</b> si      quante .....
<b>P</b>	In confronto alle altre persone della stessa età come considera il paziente il suo stato di salute?	<b>0:</b> non buono <b>0,5:</b> ignoto <b>1:</b> buono <b>2:</b> ottimo
	Età	<b>0:</b> >85 <b>1:</b> 80-85 <b>2:</b> <80
	<b>Punteggio totale (0-17)</b>	

**Score:** > 14 no fragilità      ≤ 14 indice di fragilità: invio a geriatra (o internista)

## ALLEGATO 6 :

### Scheda Progetto Protezione Famiglie Fragili

Cognome Nome ..... Data di nascita .....

Indirizzo ..... Città.....

Nazionalità..... Telefono/i .....

Diagnosi .....

#### Aspettativa di vita:

- Breve (< a 4 mesi)
- Media (4-12 mesi)
- Lungo termine (> 12 mesi)

#### Valutazione effettuata in:

- Accoglienza CAS
- Valutazione GIC
- Accoglienza Day Hospital
- Accoglienza Reparto .....
- Passaggio/Accoglienza Cure Palliative

#### Caratteristiche della famiglia:

- Coniugato/a
- Divorziato/a (nome).....
- Separato/a
- Vedovo/a
- Single
- Convivente

Care Giver:  NO  SI

Presenza di figli:  NO  SI  
Età.....

Consenso del paziente ad entrare in contatto con la famiglia  NO  SI

#### Indicare uno o più indici di fragilità

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> presenza di bambini   | <input type="checkbox"/> Famiglia con persona/e colpite da disagio<br>psichico/alcolismo/tossicodipendenza |
| <input type="checkbox"/> presenza di: ragazzi o giovani adulti   | (segnare se già seguita/e da: <input type="checkbox"/> SERD <input type="checkbox"/> CSM                   |
| <input type="checkbox"/> Famiglia con altri malati o disabili o anziani<br><input type="checkbox"/> grandi anziani | <input type="checkbox"/> Psicologo (Nome Referente .....   |
| <input type="checkbox"/> Famiglia ristretta (età del familiare.....)   | <input type="checkbox"/> Famiglia con esperienze traumatiche<br>(lutti/gravi malattie/....)                |
| <input type="checkbox"/> Nessun familiare  |  |

Note libere: .....

.....

.....

Data compilazione..... Firma compilatore/inviante.....