



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA
U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa – Direttore Dott. C. D’Aurizio

Scheda di Valutazione e Percorso Riabilitativo

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____ TEL. _____ DATA VISITA _____

REPARTO _____ SDO N. _____ DATA RICOVERO _____

PATOLOGIA ATTUALE _____

COMORBILITÀ _____

Performance premorbosa:

-RANKIN: 0: nessun sintomo 1: non disabilità significativa 2: disabilità lieve
3: disabilità moderata 4: disabilità moderatamente grave 5: disabilità grave

-DEAMBULAZIONE: senza ausili con 1 ausilio con 2 ausili con walker incapace
per esercizio domestico: con limitazioni no limitazioni sociale: limitazioni no limitazioni

Esame Funzionale _____

FIM _____ Barthel _____ Rankin _____ GCS _____ LCF _____ ASIA _____

TERAPIA FARMACOLOGICA

CRITERI DI COMPLESSITA'

Riduzione della vigilanza: NO SI **Delirium:** NO SI **Infezioni acute in atto:** NO SI

Depressione: NO SI **Dolore:** NO SI **Disfagia:** NO SI **Malnutrizione:** NO SI

Sondino NG/ PEG: NO SI **Ulcera da pressione:** NO SI

Catetere Venoso Centrale: NO SI **Tracheostomia:** NO SI

Instabilità clinica: NO SI (febbre > 37.8°C tachicardia > 100/min , tachipnea > 24apm
ipotensione < 90mmhg SaO2 < 90%)

INSUFFICIENZA D'ORGANO

Insufficienza cardiaca (classe NYHA): No Si (I II III IV)

Insufficienza Respiratoria (GOLD): No Si (I II III IV O2 NIMV)

Insufficienza epatica: No Si (Child class A Child class B Child class C)

Insufficienza renale: No SI (lieve moderata severa)

INDICATORI DI TRANSIZIONE: Infezione urinaria si no ; Infezione non urinaria si no ;

Caduta si no ; Contenzione Fisica/farmacologica si no ; Trattamento del dolore si no

DEMENZA (MMSE): No Lieve Moderata Severa

MALATTIA ONCOLOGICA ATTIVA: No Si

BISOGNI ASSISTENZIALI: Elevati Medi Bassi Assenti

C (carico assistenziale) cambiare la posizione corporea e trasferirsi, camminare e spostarsi, cura della persona: autonomo dipendenza parziale dipendenza totale

R (rischio di cadute, necessità di sorveglianza): assente moderato elevato

N (nursing): assistenza elevata media bassa

BISOGNI RIABILITATIVI: Elevati Medi Bassi Assenti

r.motoria r.neuromotoria t.occupazionale logopedia

r.respiratoria ausili/ortesi altri interventi

Intensità: meno di 1 volta/die o in gruppo 1 ora/die 3 ore/die

SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE: Familiare di riferimento _____ Famiglia ristretta, famiglia allargata, persone che prestano assistenza, lavoro retribuito, abitazione, servizi previdenziali/assistenziali, servizi di sostegno sociale generale, servizi sanitari, ecc.

SINTESI DEL PROGETTO RIABILITATIVO

PROGRAMMA RIABILITATIVO

RIED.MOTORIA 93112 RIED.MOTORIA93114 R.RESPIRATORIA93181 TRAINING DEL PASSO9322
VALUT.FUNZIONALE93011 ELETTROTHERAPIA VALUT.PROTESICA9303 ALTRO _____
FISIOTERAPISTA _____

PERCORSO RIABILITATIVO :

L'EPISODIO ATTUALE HA DETERMINATO UNA RIDUZIONE DELLA PERFORMANCE ? : No Si

Divieto di carico: No Si **Controlli Clinici/Diagnostici:** No Si **Demenza:** No Si

Bisogni assistenziali: elevati medi bassi assenti

Bisogni riabilitativi: elevati medi bassi assenti **FIM:** _____ **Barthel:** _____

Complessita'/instabilita': elevata media bassa assente

Problematiche socio-familiari: assenti presenti transitorie

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA INTENSIVA COD.56 COD.75 COD.28

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA ESTENSIVA AMBULATORIO RRF AMBULATORIO COMPLESSO SDAC

DIMISSIONE PROTETTA ADI ATTIVAZIONE UVM PER _____

ESITO: PAZ. DIMESSO/TRASFERITO IN DATA _____ **PRESSO** _____

IL DIRIGENTE MEDICO FISIATRA