



Valutazione infermieristica all'inizio del percorso di cura presso il CAS

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza/domicilio _____

Recapiti telefono _____

Indirizzo e-mail _____

Occupazione: _____

Ipotesi diagnostica _____

Provenienza:

MMG Nominativo _____ Telefono _____

E-mail _____

Specialista Ospedale Nominativo _____ Specialità _____

Telefono _____

Altro ospedale _____

Pronto soccorso

Medico di riferimento del CAS _____

In possesso ET 048 Si No

Se no, data di rilascio da parte del CAS: _____

Peso Kg _____ Altezza cm _____

Allergie note _____ profilassi MDC No Si

Cognome e nome _____

KARNOFSKY	CARATTERISTICHE FUNZIONALI DELLA PERSONA	ECOG
<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

Diabete No Si in terapia con _____

Patologia tiroidea No Si in terapia con _____

Terapia anticoagulante/antiaggregante No Si con _____

Altre terapie _____

Comorbilità presenti _____

Altro _____

Caratteristiche della famiglia: Coniugato/a Convivente Single
 Divorziato/a Separato/a Vedovo/a

Presenza di figli: No Si Maschi: _____ Femmine: _____
Età: _____ Età: _____

Caregiver No Si Nome _____

Rapporto con il paziente _____

Telefono _____

Note _____

Cognome e nome _____

VALUTAZIONE BIO-PSICO-SOCIALE

AREA BIOLOGICA – Indicatori	Sì/No/NV	<i>Impatto sulla vita</i> (da compilare solo dai professionisti di riferimento)
A. E' presente o prevedibile un grave/invalidante deficit o mutamento corporeo?		0. Nessuna disfunzione
B. E' presente o prevedibile una rapida progressione di malattia?		
C. Vi sono casi di tumore in famiglia?		2. Disfunzione con effetti nella quotidianità
D. E' presente un indice di Karvnofsky < a 70?		3. Effetti permanenti e invalidanti
E. Sono presenti sintomi rilevanti ?		
AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA – Indicatori	Sì/No/NV	<i>Impatto sulla vita</i>
A. Il paziente ha mai sofferto di depressione o altri disturbi psichici o cognitivi'?		0. Nessuna vulnerabilità
B. E' o è stato seguito dai Servizi di Salute Mentale o NPI ? (anche A)		
C. Assume o ha assunto farmaci per ansia o depressione?		1. Lieve rischio: bisogno monitoraggio, prevenzione
D. E' presente un evidente stato di ansia /depressione/negazione eccessivi rispetto alla situazione?		
F. Usa o ha usato sostanze o alcol in modo dipendente? (anche A)		2. Rilevante rischio: bisogno intervento
G. Vi è un'esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente o dei familiari?		
I. La famiglia ha/ha avuto esperienze traumatiche o lutti importanti?		3. Grave rischio: intervento immediato/ intensivo
AREA SOCIALE – Indicatori	Sì/No/NV	<i>Impatto sulla vita</i>
A. Il caregiver è assente o in difficoltà? (A ,anche P)		0. Rischio sociale assente
B. E' presente uno stato di gravidanza/ puerperio? (A, anche P)		
C. Sono presenti figli minori in famiglia? (A anche P)		1. Lieve rischio: bisogno monitoraggio, prevenzione
D. Sono presenti disabili psichici/ fisici in famiglia? (A anche P)		
E. E' persona in carico al servizio sociale territoriale? (A)		2. Rilevante rischio: bisogno intervento
F. Ha una situazione abitativa critica?* (A)		
G. Ha una situazione economica critica ?** (A)		3. Grave rischio: bisogno intervento immediato/ intensivo
H. E' Cittadino Straniero irregolare? (A)		

In presenza di un sì alla domanda E. dell'"Area biologica" si suggerisce per i sintomi segnalati di riassumere brevemente qui sotto i problemi evidenziati e la successiva compilazione delle rispettiva area nella Scheda allegata in appendice, consigliata dalla Rete Oncologica, o in altra cartella infermieristica adottata a livello aziendale _____

Cognome e nome _____

Valutazione dolore: NRS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sedi dolore _____

Irradiazione _____

Dolore acuto cronico

Terapia antidolorifica in atto:

analgesici/ antipiretici /antinfiammatori

oppioidi

Supporto psicologico: Il paziente accetta rifiuta si riserva di decidere

Supporto sociale: Il paziente accetta rifiuta si riserva di decidere

Cognome e nome _____

MALNUTRITION SCREENING TOOL (MST)

STEP 1:

- Il paziente ha perso peso involontariamente negli ultimi 3 mesi?
No 0
Non sa 2
- Se sì, quanto ha perso?
0.5 - 5 kg 1
> 5 Kg - 10 kg 2
> 10 kg - 15 kg 3
> 15 kg 4
- Il paziente ha ridotto l'alimentazione per mancanza di appetito?
No 0
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 infermiere di riferimento

Punteggio 1 = RISCHIO MALNUTRIZIONE BASSO

RIVALUTAZIONE e MONITORAGGIO PESO entro 30 gg, gestito dall'infermiere 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

Se le condizioni cliniche che hanno portato al punteggio 2 o 3 dovessero persistere per più di 7 gg: eseguire il MONITORAGGIO PESO e invitare il paziente a compilare il MONITORAGGIO INGESTA attraverso un diario alimentare di 2-3 giorni per INTERVENTO NUTRIZIONALE (Dietistico-Dietologico) da avviare precocemente CONTATTANDO DIRETTAMENTE il Centro di riferimento più vicino.

Cognome e nome _____

Se il paziente ha un'età ≥ 75 anni compilare il seguente strumento di screening per la valutazione geriatrica

G8 Strumento di Screening		
	Domande	Possibili risposte
A	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?	0: grave riduzione 1: moderata riduzione 2: normale assunzione
B	Perdita di peso durante gli ultimi 3 mesi?	0: riduzione >3kg 1: sconosciuta 2: riduzione fra 1 e 3 kg 3: non perdita di peso
C	Movimento	0: letto o poltrona 1: in grado di alzarsi dal letto/sedia ma senza uscire 2: esce
E	Problemi Neuropsicologici (anamnestico) Se sospetto, rimandare compilazione a dopo invio allo specialista (Neurologo)	0: demenza o depressione severa 1: demenza o depressione moderata/lieve 2: non problemi psicologici
F	Body Mass Index (peso in kg/altezza in m ²)	0: BMI <19 1: BMI 19 - 21 2: BMI 21 - 23 3: BMI >23
H	Assume stabilmente più di 3 tipologie di farmaci al giorno?	0: si quante
P	In confronto alle altre persone della stessa età come considera il paziente il suo stato di salute?	0: non buono 0,5: ignoto 1: buono 2: ottimo
	Età	0: >85 1: 80-85 2: <80
	Punteggio totale (0-17)	

Cognome e nome _____

Compilata per la segnalazione al Progetto Protezione Famiglie Fragili (PPFF)

Per l'inserimento del paziente nel **Progetto Protezione Famiglie Fragili** la valutazione deve essere compilata con le seguenti informazioni:

Valutazione effettuata in:

- Accoglienza CAS Valutazione GIC Accoglienza DH
 Accoglienza Reparto Passaggio alle Cure Palliative

Aspettativa di vita: breve media lungo termine

Consenso del paziente ad entrare in contatto con la famiglia? Si No

Indici di Fragilità (indicarne uno o più)

- Famiglia con bambini Famiglia con ragazzi o giovani adulti
 Famiglia con altri malati o altri disabili Famiglia con soggetti colpiti da disagio psichico
 Famiglia con soggetti dediti all'alcolismo Famiglia con soggetti dediti a tossico dipendenza
 Famiglia con disagio economico Famiglia ristretta (età del familiare)
 Nessun familiare Famiglia con difficoltà linguistiche
 Famiglia con esperienze traumatiche (lutti, gravi malattie.....)

Paziente o Familiare

già seguito da:

- Servizio per le tossicodipendenze
 Centro Salute Mentale
 Neuropsichiatria infantile
 Servizi sociosanitari
 Psicologo

Nominativo e Telefono Referente

Note libere: _____

Data _____

Firma Infermiere Compilante _____

Appendice dell'area biologica

Cognome e nome _____

Respirazione	Alimentazione	Eliminazione urinaria
<input type="checkbox"/> Eupnoico	<input type="checkbox"/> Dieta libera	<input type="checkbox"/> Autonoma
<input type="checkbox"/> Dispnoico	<input type="checkbox"/> Disgeusia	<input type="checkbox"/> Oligoanuria <input type="checkbox"/> Pollacchiuria <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Stranguria <input type="checkbox"/> Bisogno imperioso <input type="checkbox"/> Ematuria
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Nausea	Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si: - diurna <input type="checkbox"/> - notturna <input type="checkbox"/> - occasionale <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale: - a permanenza <input type="checkbox"/> - a intermittenza <input type="checkbox"/> Tipo di catetere: _____ Data posizionamento _____
<input type="checkbox"/> Tracheostomia Data: _____ Note: _____ _____ _____ _____	Alimentazione artificiale: <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Digiunostomia <input type="checkbox"/> Gastrostomia	<input type="checkbox"/> Urostomia Data _____
	Difficoltà deglutizione: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> solidi <input type="checkbox"/> liquidi	<input type="checkbox"/> Mutande/Pannolone per incontinenza
	<input type="checkbox"/> Xerostomia <input type="checkbox"/> Scialorrea <input type="checkbox"/> Difficoltà masticazione	<input type="checkbox"/> Altro _____ _____

	<input type="checkbox"/> Altro _____	
--	--------------------------------------	--

Cognome e nome _____

Eliminazione intestinale	Cute	Stato emotivo
<input type="checkbox"/> Alvo regolare	<input type="checkbox"/> Alterata - tipo di lesione _____ _____	<input type="checkbox"/> Aggressività verbale <input type="checkbox"/> Aggressività fisica <input type="checkbox"/> Agitazione
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Alterata - sedi di lesione _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Rifiuto dell'assistenza
<input type="checkbox"/> Stipsi Uso di lassativi: _____ _____ Uso di clisteri: _____ _____	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Domande ripetitive
<input type="checkbox"/> Stomia Data _____ Note _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sudorazione	<input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Deliri
<input type="checkbox"/> Singhiozzo		<input type="checkbox"/> Alterazioni del sonno
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Altro

--	--	--