

posta elettronica: segreteriaadm.cpo@aslroma3.it – degenzacentrospinale.cpo@aslroma3.it

Tel. 0656483567-3540

SCHEDA PROPOSTA RICOVERO IN UNITÀ SPINALE

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residenza: Città _____ Via _____ Tel. _____

Se extracomunitario: numero STP _____

Recapiti: e-mail _____ @ _____ Fax _____ Tel. _____

Ospedale/reparto _____ Fax _____ Tel. _____

Altro recapito: Nome/Cognome _____ Fax _____ Tel. _____

e-mail _____ @ _____

DICHIARA SOTTO PROPRIA RESPONSABILITÀ DI NON AVER SUBITO NEL CORSO DELL'ANNO, PRECEDENTI RICOVERI DERIVANTI DALL'EVENTO ACUTO OGGETTO DEL PRESENTE RICOVERO (Dichiarazione di responsabilità del richiedente il ricovero - Delibera Regione Lazio 434 del 27/3/2001), AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI AI FINI SANITARI E FORNISCE IL PROPRIO CONSENSO AD EFFETTUARE OGNI COMUNICAZIONE RIGUARDANTE IL RICOVERO AI RECAPITI SUINDICATI.

Luogo e data_____
Firma Paziente o Familiare (se impossibilitato)I.N.A.I.L. SI NO Paraplegia Tetraplegia
 Livello di lesione midollare _____
 (N.B. possibilmente indicare livello lesionale secondo A.S.I.A.)
Motivo Richiesta Ricovero se lesione midollare non recente

S.C.I.M. (**Spinal Cord Independence Measure**) _____ (rif. pag. 4-5)

Data d'insorgenza lesione midollare _____

Eziologia: Traumatica Vascolare Infettivo/inflammatoria Neoplastica Degenerativa Se traumatica: incidente auto moto caduta dall'alto tuffo altro _____Intervento di stabilizzazione vertebrale SI NO Data _____

Tipo _____

Ortesi: collare busto Rachide stabile: SI NO Prognosi riservata SI NO Stato di coscienza: *orientato* *disorientato*

Patologie associate

Lesioni traumatiche _____

apparecchi gessati sede _____ mezzi di sintesi sede _____

Apparato respiratorio _____

Apparato cardio-circolatorio _____

Altre segnalazioni significative _____

Interventi chirurgici correlati all'evento lesivo

Condizioni cliniche

Respiro spontaneo NO SI data inizio Respiro Spontaneo _____

Ventilazione meccanica NO SI

se si: continua alternata Invasiva non invasiva

Cannula tracheale NO SI Data della tracheostomia _____

Tipo e misura Fabbisogno mensile Data ultima sostituzione

Ossigeno terapia: NO SI

Drenaggi toracici: NO SI

Ultimo RX torace: Negativo Positivo per :

Ultima TAC torace Negativa Positiva per :

Ultimo E.G.A. (specificare FIO2) data:

pH PaO2 PaCO2 FIO2

Ecocolordoppler arti inferiori NO SI Esito _____

Catetere venoso centrale NO SI Data ultima sostituzione _____

Catetere vescicale a dimora Data ultima sostituzione _____

Cateterismo intermittente NO SI

Tipo di catetere usato * (marca e calibro) _____ q.tà al giorno _____

Tipo di condom usato * (marca e calibro) _____ q.tà al giorno _____

* **Allegare prescrizione del medico specialista o della Asl di appartenenza di tali dispositivi.**

Epicistostomia Data ultima sostituzione _____

Alimentazione

per os disfagia

P.E.G. Data ultima sostituzione _____

S.N.G. Data ultima sostituzione _____

Alvo neurogeno NO SI Data ultima evacuazione _____

Portatore di ileo/colostomia NO SI *

Tipo e misura di Placche e Sacche da utilizzare _____ q.tà mensile _____

* **Allegare eventuale prescrizione del medico specialista o della Asl di appartenenza di tali dispositivi.**

Lesione da pressione NO SI * sede _____ grado _____
sede _____ grado _____

* **Allegare referto ultimo tampone cutaneo delle Ulcere da Pressione**

Ipertermia NO SI
Colture emocoltura negativa positiva per _____
broncoaspirato negativa positiva per _____
urine negativa positiva per _____

Aspetti psicologici

Disturbi del comportamento NO SI Quali _____

Disturbi di carattere psichico/psichiatrico di rilievo _____

Terapia medica in atto

Farmaci in pompa: Amine Baclofene Altro _____

Si dichiara che tale problematica clinica (complicanza in lesione stabilizzata o Follow Up) non può essere affrontata in Ambulatorio o in Day Hospital e che quindi è necessario il ricovero ? SI NO

Eventuali comunicazioni aggiunte:
.....
.....
.....
.....

DATI MEDICO RICHIEDENTE (si prega scrivere in stampatello)

Cognome..... Nome Fax

Tel E mail@.....

.....

(timbro e firma)

LA SCHEDA, **COMPILATA INTEGRALMENTE DAL MEDICO RICHIEDENTE**, POTRÀ ESSERE CONSEGNATA ALLA SEGRETERIA DELLA DIREZIONE MEDICA OPPURE INVIATA ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA:

- segreteriaadm.cpo@aslroma3.it - degenzacentrospinale.cpo@aslroma3.it

OGNI COMUNICAZIONE RELATIVA AL RICOVERO VERRA' EFFETTUATA TRAMITE E-MAIL O AL FAX FORNITO

SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE (SCIM)

(The Catz-Itzkovich SCIM; a revised version of the Spinal Cord Independence Measure, Disabil, Rehabil. 2001 Apr 15)

SI PREGA DI COMPILARE DETTAGLIATAMENTE

CURA DI SE'

1. Alimentazione (tagliare aprire contenitori, portare il cibo alla bocca, tenere in mano tazza con liquidi)

0. Necessita di alimentazione parenterale, gastrostomia o alimentazione orale completamente assistita
1. Mangia cibo tagliato usando diversi ausili per le mani e le stoviglie; incapace di tenere una tazza
2. Mangia cibo tagliato usando un solo ausilio per la mano; tiene un bicchiere adattato
3. Mangia cibo tagliato senza ausili; tiene un bicchiere regolare; necessita di assistenza per aprire i contenitori
4. Indipendente in tutti i compiti senza alcun ausilio

2. Lavarsi (insaponarsi, capacità di aprire il rubinetto dell'acqua, sciacquarsi)

A- parte superiore del corpo

0. Richiede assistenza totale
1. Richiede assistenza parziale
2. Si lava indipendentemente con ausili od in un ambiente dedicato
3. Si lava indipendentemente; non richiede ausili né ambiente adattato

B- parte inferiore del corpo

0. Richiede assistenza totale
1. Richiede assistenza parziale
2. Si lava indipendentemente con ausili od in un ambiente dedicato
3. Si lava indipendentemente; non richiede ausili né ambiente adattato

3. Vestirsi (preparazione degli abiti, vestirsi e svestirsi)

A- parte superiore del corpo

0. Richiede assistenza totale
1. Richiede assistenza parziale
2. Si veste indipendentemente con ausili od in un ambiente dedicato
3. Si veste indipendentemente; non richiede ausili né ambiente adattato

B- parte inferiore del corpo

0. Richiede assistenza totale
1. Richiede assistenza parziale
2. Si veste indipendentemente con ausili od in un ambiente dedicato
3. Si veste indipendentemente; non richiede ausili né ambiente adattato

4. Cura di sé (lavarsi mani e faccia, lavarsi i denti, pettinarsi, farsi la barba, truccarsi)

0. Richiede assistenza totale
1. Riesce in una unica funzione (per es: lavarsi mani e faccia)
2. Compie alcuni compiti con ausili, ha bisogno di aiuto per mettere e togliere gli ausili
3. Indipendente con ausili
4. Indipendente senza ausili

RESPIRAZIONE E GESTIONE DEGLI SFINTERI

5. Respirazione

0. Richiede ventilazione assistita
2. Richiede tubo tracheale e ventilazione parzialmente assistita
4. Respira in modo indipendente ma richiede molta assistenza nella gestione del tubo tracheale
6. Respira in modo indipendente e richiede una piccola assistenza nella gestione del tubo tracheale
8. Respira senza tubo tracheale, ma a volte richiede assistenza meccanica per la respirazione
10. Respira in modo indipendente senza alcun ausilio

6. Gestione sfintere – vescica

0. Catetere permanente
4. Volume di urina residua >100ml; non cateterismo o cateterismo intermittente assistito
8. Volume di urina residua <100ml; ha bisogno di assistenza per applicare gli ausili per lo svuotamento
12. Autocateterismo intermittente
15. Volume di urine residue <100ml; non richiede cateterismo o assistenza nello svuotamento di urine

7. Gestione sfintere - alvo

0. Tempismo inappropriato o irregolare o frequenza molto bassa (meno di una volta in tre giorni) dei movimenti intestinale
5. Tempismo appropriato e regolare ma richiede assistenza (per es. inserire supposte); rari episodi di incontinenza (meno di uno al mese)
10. Movimenti intestinali regolari, con tempismo appropriato, senza assistenza; rari episodi di incontinenza (meno di uno al mese)

8. Uso del bagno (igiene perineale, sistemazione gli abiti prima e dopo, uso di assorbenti o pannolini)

0. Richiede assistenza totale
1. Si sveste parzialmente la parte inferiore del corpo, necessita di assistenza in tutti gli altri compiti
2. Si sveste la parte inferiore del corpo e parzialmente si pulisce (dopo) ; necessita di assistenza per sistemare gli abiti e/o il pannolino
3. Si sveste e si pulisce (dopo) ; necessita di assistenza per sistemare gli abiti e/o il pannolino
4. Indipendente in tutte le funzioni, ma necessita di ausili o di un ambiente adattato
5. Indipendente, senza ausili o ambiente adattato

MOBILITA'

9. Mobilità nel letto e prevenzione piaghe da decubito

0. Richiede assistenza totale
1. Si gira nel letto da un solo lato
2. Si gira nel letto da entrambi i lati, ma senza rilasciare completamente la pressione
3. Rilascia la pressione solo se disteso
4. Si gira nel letto e si siede senza assistenza
5. Indipendente nella mobilità a letto; compie sollevamenti da seduto senza alzare completamente il corpo
6. Indipendente nella mobilità a letto; compie sollevamenti da seduto alzando completamente il corpo

10. Trasferimenti: letto – carrozzina (bloccare la carrozzina, sollevare il poggia-piedi, rimuovere e sistemare appoggio-braccia, trasferimenti, sollevare i piedi)

0. Richiede assistenza totale
1. Necessita di assistenza parziale e/o supervisione
2. Indipendente

11. Trasferimenti carrozzina-bagno-vasca da bagno (se usa carrozzina da bagno – trasferimento da e a; se usa una carrozzina normale - chiudere la carrozzina, sollevare il poggia piedi, rimuovere e sistemare il poggia braccia, spostarsi, sollevare i piedi)

0. Richiede assistenza totale
1. Hha bisogno di assistenza parziale o di ambiente adattato
2. Indipendente

12. Spostamenti interni (distanze brevi)

0. Richiede assistenza totale
1. Necessita di carrozzina elettrica o assistenza parziale per utilizzare carrozzina manuale
2. Si sposta in modo indipendente con la carrozzina manuale
3. Richiede supervisione per camminare (con o senza ausili)
4. Cammina con deambulatore o grucce (deambulazione oscillante)
5. Cammina con due grucce o due canadesi (deambulazione reciprocante)
6. Cammina con una canadese
7. Necessita solo di ortesi per le gambe
8. Cammina senza aiuti

13. Spostamenti per distanze moderate (10 – 100 mt)

0. Richiede assistenza totale
1. Necessita di carrozzina elettrica o parziale assistenza per utilizzare carrozzina manuale
2. Si sposta in modo indipendente con la carrozzina manuale
3. Richiede supervisione per camminare (con o senza ausili)
4. Cammina con deambulatore o grucce (deambulazione oscillante)
5. Cammina con due grucce o due canadesi (deambulazione reciprocante)
6. Cammina con una canadese
7. Necessita solo di ortesi per le gambe
8. Cammina senza aiuti

14. Spostamenti all'esterno (più di 100 mt)

0. Richiede assistenza totale
1. Necessita di carrozzina elettrica o parziale assistenza per utilizzare carrozzina manuale
2. Si sposta in modo indipendente con la carrozzina manuale
3. Richiede supervisione per camminare (con o senza ausili)
4. Cammina con deambulatore o grucce (deambulazione oscillante)
5. Cammina con due grucce o due canadesi (deambulazione reciprocante)
6. Cammina con una canadese
7. Necessita solo di ortesi per le gambe
8. Cammina senza aiuti

15. Uso delle scale

0. Incapace di salire o scendere scale
1. Sale e scenda almeno tre scalini con aiuto o supervisione di una altra persona
2. Sale e scende almeno tre scalini con aiuto di corrimano e/o grucce e/o canadese
3. Sale e scende almeno tre scalini senza alcun supporto o supervisione

16. Trasferimenti: carrozzina – automobile (avvicinarsi all'auto, bloccare la carrozzina, alzare le padane, togliere e mettere i braccioli, trasferirsi sull'auto, caricare e scaricare la carrozzina)

0. Richiede assistenza totale
1. Richiede assistenza parziale e/o supervisione
2. Indipendente con ausili
3. Indipendente senza ausili

PUNTEGGIO COMPLESSIVO = 0 – 100

Sub-totali

Cura di sé	= 0 – 20
Respirazione e gestione sfinteri	= 0 – 40
Mobilità	= 0 – 40

VERSIONE 2019-06-04