

Progetto riabilitativo individuale della persona affetta da ictus cerebrale

Cognome: _____ Nome: _____ Nascita: _____

Paziente	
Cognome:	Nome:
Sesso: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Cittadinanza:
Luogo di nascita:	Indirizzo
C.F.:	Tel.:
Titolo di studio:	Professione:
Stato civile: <input type="checkbox"/> Celibe/nubile; <input type="checkbox"/> Coniugato; <input type="checkbox"/> Separato; <input type="checkbox"/> Vedovo/a; <input type="checkbox"/> Convivente	
ASL:	Distretto:
MMG:	
Data evento acuto:	Reparto ospedaliero di provenienza:
Diagnosi (ICD9):	Diagnosi di sede (criteri OCSP):
Diagnosi funzionale:	
Diagnosi concomitanti:	
Situazione abitativa:	
Barriere architettoniche:	
Caregiver di riferimento:	

TEAM:

Fisiatra:

Internista:

Terapista della riabilitazione:

Logopedista:

Terapista occupazionale:

Assistente sociale:

Psicologo:

Progetto riabilitativo individuale della persona affetta da ictus cerebrale

Cognome: _____ Nome: _____ Nascita: _____

CIRS (Modified Cumulative Illness Rating Scale)						
<i>Menomazione: 0= nessuna 1=lieve 2=moderata 3=grave 4=molto grave</i>						
	Sistemi organici	Valutazione				
1	Cardiaco (solamente il cuore)	0	1	2	3	4
2	Ipertensione arteriosa (valutazione basata sulla gravità; le lesioni agli organi sono valutate separatamente)	0	1	2	3	4
3	Vascolare (sangue, vasi sanguigni e cellule ematiche, midollo osseo, milza, gangli)	0	1	2	3	4
4	Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea al di sotto della laringe)	0	1	2	3	4
5	Occhi, orecchie, naso, faringe, laringe	0	1	2	3	4
6	Apparato gastro-intestinale superiore (esofago, stomaco e duodeno; pancreas; escluso diabete)	0	1	2	3	4
7	Apparato gastro-intestinale inferiore (intestino, ernie)	0	1	2	3	4
8	Epatico (fegato e dotti biliari)	0	1	2	3	4
9	Renale (solamente i reni)	0	1	2	3	4
10	Apparato genito-urinario (ureteri, vescica, uretra, prostata, apparato genitale)	0	1	2	3	4
11	Sistema muscolo-scheletrico e cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	0	1	2	3	4
12	Sistema nervoso centrale e periferico (cervello, midollo spinale, nervi; esclusa demenza)	0	1	2	3	4
13	Sistema endocrino-metabolico (compresi diabete, tiroide; mammella; infezioni sistemiche; intossicazioni)	0	1	2	3	4
14	Disturbi psichiatrici/comportamentali (compresi demenza, depressione, ansia, agitazione/delirio; psicosi)	0	1	2	3	4
Indice di severità (media dei punteggi delle prime 13 categorie) /4						
Indice di comorbilità (numero delle categorie con punteggio uguale o maggiore di 3) /13						

Progetto riabilitativo individuale della persona affetta da ictus cerebrale

Cognome: _____ Nome: _____ Nascita: _____

Modified Rankin Scale pre ricovero	
Nessun sintomo	0
Nessuna disabilità significativa malgrado i sintomi; svolge le funzioni e le attività usuali	1
Leggera disabilità, incapace di svolgere tutte le attività precedenti, ma si occupa di se senza assistenza	2
Disabilità moderata, è richiesto un certo aiuto ma è in grado di camminare senza assistenza	3
Disabilità moderatamente severa, incapace di camminare senza assistenza ed incapaci di assistere ai propri bisogni corporei senza assistenza	4
Disabilità severa, costretto a letto, incontinente; richiede cure infermieristiche ed attenzione costanti	5
Punteggio totale	

ESITI DELLA VALUTAZIONE INIZIALE	
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:

Progetto riabilitativo individuale della persona affetta da ictus cerebrale

Cognome: _____ Nome: _____ Nascita: _____

Scheda Programmi Stroke. Data compilazione: _____

	ICF	OBIETTIVI A BREVE TERMINE	OBIETTIVI A MEDIO TERMINE	OBIETTIVI A LUNGO TERMINE	MODALITA' OPERATIVE
FUNZIONI COGNITIVE ED ESECUTIVE					MMSE TEST PER LA MEMORIA TEST PER L'ATTENZIONE TEST PER EMINEGLIGENZA TEST PER LA DEPRESSIONE
LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE					VALUTAZIONE LOGOPEDICA
DEGLUTIZIONE					BSA (VALUTAZIONE DELLA DEGLUTIZIONE)
STATO NUTRIZIONALE					VALUTAZIONE MALNUTIZIONE PROTEICO-ENERGETICA BMI E PARAMETRI EMATICI SCALA DI NORTON
CONTINENZA					
FUNZIONI SENSO-MOTORIE					TCT MI 6' MINUTE WALKING TEST FAC SCALA DI ASHWORTH NINE HOLE PEG
AUTONOMIA					IADL BADL BARTEL INDEX
AUSILI					ADDESTRAMENTO AUSILI

Resp. Progetto: _____

Progetto riabilitativo individuale della persona affetta da ictus cerebrale

Cognome: _____ Nome: _____ Nascita: _____

COMPREHENSIVE ICF CORE SET Menomazione delle Funzioni Corporee (b)			
Codice	Descrizione	Qualificatore Data ingresso	Qualificatore Data uscita
b110	Coscienza		

Progetto riabilitativo individuale della persona affetta da ictus cerebrale

Cognome: _____ Nome: _____ Nascita: _____

--	--	--	--

COMPREHENSIVE ICF CORE SET				
Menomazioni delle strutture corporee (s)				
Codice	Descrizione	Primo qualificatore	Secondo qualificatore	Terzo qualificatore
s110	Cervello			1 (ds); 2 (sn)
s410	Sistema cardiovascolare			
s720	Regione della spalla			
s730	Arto superiore			
s750	Arto inferiore			

COMPREHENSIVE ICF CORE SET			
Attività e della partecipazione (d)			
Codice	Descrizione	Qualificatore Data ingresso	Qualificatore Data uscita
d115	Ascoltare		

Fattori ambientali (e)			
Codice	Descrizione	Barriere -	Facilitatori +

Progetto riabilitativo individuale della persona affetta da ictus cerebrale

Cognome: _____ Nome: _____ Nascita: _____

ESITI DELLA VALUTAZIONE INTERMEDIA

Data: ___ / ___ / _____	
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Data: ___ / ___ / _____	
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:

Data: ___ / ___ / _____	
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Data: ___ / ___ / _____	
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Data: ___ / ___ / _____	
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:

Progetto riabilitativo individuale della persona affetta da ictus cerebrale

Cognome: _____ Nome: _____ Nascita: _____

Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:

SINTESI DEL PROGETTO

<p>SINTESI DEL PROGETTO</p>

ESITO DELLA VALUTAZIONE FINALE

Data: ____ / ____ / _____	
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:
Strumento utilizzato:	Esito:

Progetto riabilitativo individuale della persona affetta da ictus cerebrale

Cognome: _____ Nome: _____ Nascita: _____

PROPOSTA PER LA PROSECUZIONE DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI (da utilizzare diversificato a seconda della fase)	
Ricovero per riabilitazione intensiva (U.O. cod 56)	Riabilitazione residenziale
D.H. per riabilitazione intensiva (U.O. cod. 56)	Riabilitazione semiresidenziale
Riabilitazione ambulatoriale semplice	RSA
Riabilitazione ex art. 26 domiciliare	Cure domiciliari
Riabilitazione ex art. 26 ambulatoriale	Altro

AREE ATTIVATE	
Area stabilità internistica	
Area funzioni vitali di base	
Area senso motoria	
Area mobilità trasferimenti	
Area comunicativo-relazionale	
Area cognitivo-comportamentale	
Area autonomia e cura della persona	
Area riadattamento e reinserimento sociale	
Area emotivo-affettiva	

DURATA IN GIORNI:	
METODOLOGIA DI INTERVENTO: *	
FREQUENZA:	
QANTITA GIORNALIERA:	
TECNICO:	
INIZIO TERAPIA:	

Firma: _____

* indicare:

- 1- Fisioterapia
- 2 - Logopedia
- 3 - Psicomotricità
- 4 - Psicoterapia
- 5 - Rieducazione neuro-motoria
- 6 - Rieducazione respiratoria
- 7 - Terapia occupazionale

Progetto riabilitativo individuale della persona affetta da ictus cerebrale

Cognome: _____ Nome: _____ Nascita: _____

Nb. Per le scale di valutazione da utilizzare nella fase post acuta si rimanda ai DCA n. 23 del 2015 e del 2016