

GENERALITÀ

Cognome e Nome		_____
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		_____
Data di nascita		_____
Età		_____
Indirizzo		_____
Telefono	_____	email _____
Medico Medicina Generale		_____
Telefono	_____	email _____
Infermiere di riferimento		_____

Paziente seguito in ADI/ SID/ADP	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'	se sì, per _____
Paziente abita	<input type="checkbox"/> da solo <input type="checkbox"/> con figli <input type="checkbox"/> con coniuge <input type="checkbox"/> con assistenza (badante)	

DIETA

1	Segue regolarmente la dieta consigliata?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
2	Peso attuale	Kg. _____
3	E' diminuito o aumentato di peso nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' se sì, quanti kg <input type="checkbox"/> associare la domanda alla domanda n.14 [△]

MONITORAGGI

4	Esegue i monitoraggi giornalieri?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
5	Pressione arteriosa	<input type="checkbox"/> iperteso <input type="checkbox"/> ipoteso <input type="checkbox"/> normoteso [△]
6	Frequenza cardiaca a riposo?	<input type="checkbox"/> >100 <input type="checkbox"/> <60 <input type="checkbox"/> tra 60 e 100 [△]

ATTIVITÀ FISICA

7	Esegue l'attività fisica consigliata?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
8	Conta i passi durante una camminata in piano?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
9	Quanti gradini riesce a fare senza fermarsi per prendere fiato?	<input type="checkbox"/> meno di 10 <input type="checkbox"/> tra 10 e 15 <input type="checkbox"/> più di 20

SONNO/RIPOSO

10	Riposa bene?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
----	--------------	--

11	Con quanti cuscini dorme?	
12	Si sveglia con la mancanza di respiro?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
13	Durante la notte viene svegliato dallo stimolo ad urinare?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' Se sì, quante volte per notte?

ALTRO		
14	Le capita di vedere le gambe o le caviglie gonfie?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
15	Ha dolori al petto?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' Se SI' <input type="checkbox"/> Sotto sforzo <input type="checkbox"/> A riposo <input type="checkbox"/>
16	Ha palpitazioni?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' Se SI' <input type="checkbox"/> Sotto sforzo <input type="checkbox"/> A riposo <input type="checkbox"/>
17	Ha vertigini?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' Se SI' <input type="checkbox"/> Sotto sforzo <input type="checkbox"/> A riposo <input type="checkbox"/>
18	E' svenuto dall'ultima visita/ ricovero?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
19	Ha difficoltà a respirare quando fa qualche sforzo?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
20	Ha difficoltà a respirare a riposo?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
21	Prova mai ansia? Le capita di avere la sensazione che le stia capitando qualcosa di brutto?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
22	Assume alcolici?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
23	Fuma?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' se sì quante sigarette die? <input type="checkbox"/> meno di 10 <input type="checkbox"/> da 10 a 30 <input type="checkbox"/> più di 30

RICOVERI		
24	E' stato ricoverato dal precedente contatto telefonico?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
25	Se SI', Causa del ricovero	<input type="checkbox"/> Scompenso Cardiaco <input type="checkbox"/> Altra causa legata al cuore <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Altra causa non legata al cuore
26	Le è capitato di dover andare in Pronto Soccorso?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
27	Se SI' Perché?	<input type="checkbox"/> Scompenso Cardiaco <input type="checkbox"/> Altra causa legata al cuore <input type="checkbox"/> Altra causa non legata al cuore
28	Le è capitato di dover contattare la Guardia Medica?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' se Sì per:

VISITE		
23	Ha effettuato visite dal MMG ultimamente?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
24	Se SI' Perché?	<input type="checkbox"/> Controllo <input type="checkbox"/> Segni di Scompenso Cardiaco <input type="checkbox"/> Altro
25	Ha effettuato visite specialistiche?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
26	Se sì	<input type="checkbox"/> Cardiologo <input type="checkbox"/> Altro Specialista:

Come si sente dall'ultimo nostro contatto?

Migliorato Peggiorato Invariato

Esito follow up telefonico:

Nessun intervento Contattato Medico internista ambulatorio Medicina Interna/Geriatria per necessità accertamenti Consigliata visita MMG

CONSIDERAZIONI GENERALI

⚠ ALERT: verificare la corrispondenza ai criteri di stabilità per lo scompenso cardiaco allegati alla presente scheda.

Prossimo contatto:

Paziente preso in carico dall'IFeC di (Cognome e Nome):

Telefono IFeC

Data _____

FIRMA

△ **CRITERI DI STABILITA' PER LO SCOMPENSO CARDIACO** △

Un paziente con Scompensio Cardiaco è considerato “stabile” se presenta le seguenti condizioni:

nessuna evidenza di congestione (assenza di ortopnea o edema)

assenza di angina o presenza di angina stabile da sforzo

assenza di sincope o di aritmie ricorrenti

bilancio dei liquidi stabile con aumento della dose di diuretici non più spesso di una volta la settimana

pressione sistolica >80 mmHg, assenza di sintomi da ipotensione ortostatica

frequenza cardiaca sinusale <85 bpm a riposo o in fibrillazione atriale <85 a riposo o <110 con attività di routine

funzione renale stabile

controllo dell'iperglicemia in pazienti diabetici senza episodi di ipoglicemia

assenza di anemia rilevante

capacità di attività uguale o migliorata dall'ultima visita

controllo e stabilità asma/BPCO.

SCALA MORISKY- VALUTAZIONE ADERENZA TERAPEUTICA

Qualche volta dimentica di prendere la terapia per il suo problema di salute?	si=0	No=1
Nelle ultime due settimane, ci sono stati dei giorni in cui non ha preso le medicine?	si=0	No=1
Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico, perché si sentiva male quando le prendeva?	si=0	No=1
Ieri ha preso le pastiglie?	si=1	No=0
Quando sente di stare bene (es. la PAO è sotto controllo), Le capita di smettere di prendere le medicine?	si=0	No=1
L'assunzione quotidiana di farmaci è un vero e proprio disagio per alcune persone. Si sente mai infastidito o sente di avere delle difficoltà nell'attenersi al piano di trattamento?	si=0	No=1
Quando viaggia o esce di casa, a volte, si dimentica di portare con sé i farmaci?	si=0	No=1
Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i suoi farmaci per la sua malattia?	Sempre=0 Spesso=1 A volte=2	Raramente=3 Mai/molto raramente=4

Legenda:

punteggio <6 poco aderente

punteggio da 6-8 mediamente aderente

punteggio >8 molto aderente.

Frequenza	Punteggio	Data	Firma
Primo contatto			
Secondo contatto			
Terzo contatto			
Quarto contatto			
Quinto contatto			