

Protocollo di raccolta dati paziente-ospedale per acuti - dati riferiti al giorno dell'ingresso in reparto

Data di nascita Sesso del paziente Maschio Femmina

Tipo di ricovero Elettivo Urgente Data di ricovero: ____/____/____ h ____
Data e ora di ingresso in reparto: ____/____/____ h ____

Provenienza Domicilio Casa Riposo/RSA Ospedale; altro

Tipo di chirurgia: minore maggiore; Intervento chirurgico effettuato: si no; data intervento _____

Durata intervento (min): solo se intervento effettuato _____ Applicato protocolli ERAS: si no

Monitoraggio profondità anestesia (BIS, entropia): si no se si, indicare la % di profondità ottimale rispetto alla durata totale dell'anestesia:

<25% - 26%-50%- 51%-75%- 76%-100

Tipo di anestesia: Locoregionale (peridurale/subaracnoidea) Generale endovenosa Generale con gas

Perdite ematiche (mL): solo se intervento effettuato _____

Complicanza maggiore (pericolo di vita, prolunga la degenza): solo se intervento effettuato (sono possibili risposte multiple)
 medica, chirurgica, sepsi

Charlson Comorbidity Index (0 = no, altro numero = sì)

Infarto miocardico	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Emiplegia	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2
Scompenso cardiaco congestizio	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Nefropatia moderata-severa	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2
Vasculopatia periferica	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Diabete mellito con danni d'organo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2
Malattia cerebrovascolare	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Neoplasia	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2
Demenza	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Leucemia	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2
Malattia cronica polmonare	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Linfoma	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2
Connettivopatia	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Epatopatia di grado moderato severo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3
Ulcera peptica	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Neoplasia solida metastatizzata	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 6
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	AIDS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 6
Epatopatia lieve	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		

Circonferenza polpaccio (riportare in cm).

Dolore VAS colored analogue scale

National Early Warning Score (NEWS) (il giorno della rilevazione):

PARAMETRI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturazione O2	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Ossigeno terapia		SI		NO			
Temperatura corporea	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	
PA sistolica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Frequenza cardiaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131

Stato coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, coma
-----------------	--	--	--	--------	--	--	---

Numero di farmaci in uso il giorno della rilevazione (escluso topici): _____

Farmaci somatici (il giorno della rilevazione): NB: Se il farmaco è includibile in una delle categorie in elenco, non utilizzare la casella "altro". In "Altro" inserire il nome del principio attivo, ma non il nome commerciale del farmaco.

Inibitori pompa protonica	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	Steroidi	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Digossina	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	Ipoglicemizzanti orali	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Ca antagonisti	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	Insulina	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Ossicodone	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	Penicillina	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Fentanyl	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	Cefalosporine	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Buprenorfina	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	Macrolidi	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Morfina	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	Metronidazolo	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Tramadolo	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	Chinolonici	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Codeina	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	Antimicotici	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Antiparkinson	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	Sulfamidici	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Antiaggreganti	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	Altro	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
FANS	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		

Farmaci psicoattivi (il giorno della rilevazione): NB: Se il farmaco è includibile in una delle categorie in elenco, non utilizzare la casella "altro". In "Altro" inserire la categoria o il nome del principio attivo, ma non il nome commerciale del farmaco.

Classe farmaco		Riportare nome principio attivo	Prescritto per comparsa di agitazione/aggressività dopo l'ingresso in reparto
Benzodiazepine short-acting (lorazepam, oxazepam, alprazolam, temazepam, midazolam)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Benzodiazepine intermediate-acting (bromazepam, clonazepam)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Benzodiazepine long-acting (clordiazepossido, diazepam, delorazepam, clorazepate, flunazepam)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Antipsicotici tipici (es. aloperidolo, tioridazina, promazina, zuclopentixolo)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Antipsicotici atipici (quetiapina, olanzapina, risperidone, aripiprazolo)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Antidepressivi SSRI (citalopram, sertralina, escitalopram, paroxetina, fluoxetina)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Antidepressivi SNRI (venlafaxina, duloxetina)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Antidepressivi triciclici (amitriptilina, nortriptilina)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Antidepressivi atipici (mirtazapina, agomelatina, bupropione, vortioxetina)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Trazodone (dosaggio < 150 mg die)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Trazodone (dosaggio ≥ 150 mg die)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Antiepilettici	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Inibitori ChEI / inibitori NMDA (donepezil, rivastigmina, memantina)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Altro	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no

Presidi medicali in situ	il giorno indice (27/09/17)	Il giorno precedente la rilevazione (26/09/17)
catetere venoso periferico	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
catetere venoso centrale (CVC; PICC)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
catetere vescicale	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
sondino naso gastrico	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
protesi endogastrica (PEG)	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Nasalini/maschera per ossigeno	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no
Ventilazione non invasiva	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si; <input type="checkbox"/> no

4-AT

Istruzioni: Gli items 1-3 sono valutati sulla base dell'osservazione del paziente al momento dell'assessment, mentre l'item 4 richiede informazioni da una o più sorgenti (ad es. altri membri dello staff, caregivers, relazioni del medico di famiglia, etc).

1 – Vigilanza/allerta: Osservare il paziente. Se dorme, provare a risvegliarlo, richiamandolo, o con un leggero tocco sulla spalla. Chiedere al paziente di dichiarare il proprio nome e l'indirizzo della propria abitazione per valutare il livello di collaborazione, prima dell'inizio del test.

Note: Un alterato stato di vigilanza include lo stato soporoso oppure l'agitazione/iperattivazione. Un alterato stato di allerta è fortemente suggestivo per delirium. Se il paziente mostra variazioni notevoli dell'allerta durante la valutazione, cerchiare lo score 4.

- 0 Normale (completamente vigile, non agitato durante tutta la valutazione)**
- 0 Moderata sonnolenza per meno di 10 secondi dopo il risveglio, poi normale**
- 4 Chiaramente anomalo**

2 – AMT4: Chiedere età, data di nascita, luogo (nome dell'ospedale o dell'edificio), anno corrente.

- 0 Nessun errore**
- 1 Un errore**
- 2 >2 errori / non testabile**

3 – Attenzione: Chiedere al paziente: “per favore, mi dica i mesi dell'anno in ordine contrario, partendo da dicembre. Per aiutare la comprensione della domanda, è consentito inizialmente questo suggerimento: “qual è il mese prima di dicembre?”

- 0 È in grado di ripetere senza errori ≥ 7 mesi**
- 1 Inizia ma riporta < 7 mesi/ rifiuta di iniziare**
- 2 Non testabile (non può iniziare perché soporoso o troppo compromesso)**

4 – Cambiamento acuto o decorso fluttuante: Dimostrazione di un evidente cambiamento o di un decorso fluttuante relativamente all'attenzione, alla comprensione o altre funzioni cognitive-comportamentali (ad esempio ossessioni e/o allucinazioni) con esordio nelle ultime 2 settimane e ancora presenti nelle ultime 24 ore.

Una fluttuazione dello stato cognitivo può avvenire anche in assenza di delirium nei pazienti affetti da demenza, ma una fluttuazione marcata generalmente indica delirium.

Per valutare correttamente questo item è possibile porre al paziente domande tipo “È preoccupato/a di qualcosa in questo momento? / Si sente spaventato da qualcosa o qualcuno? / Ha sentito/visto qualcosa di strano qui?”. Se la risposta è positiva per deliri/allucinazioni, cerchiare lo score 4.

Generalmente i sintomi psicotici in ambiente ospedaliero riflettono più frequentemente delirium che non una patologia psichiatrica funzionale (come la schizofrenia).

- 0 No
 4 Sì

Delirium motor sub-type scale-4 (DMSS)

NB: Solo per i pazienti che hanno riportato uno score ≥ 4 al 4-AT

A. Sottotipo iperattivo definito dalla presenza di 1. o 2.

- Incremento di attività motoria, evidenziata da una risposta positiva ad una delle seguenti domande:
 - È più attivo di prima*? no sì
 - Sembra iperattivo? no sì
- Perdita della capacità delle attività, evidenziata da una risposta positiva ad una delle seguenti domande:
 - Sono presenti affaccendamento motorio o attività afinalistiche? no sì
 - Ha perso la capacità di controllo ideativo delle proprie azioni? no sì

B. Sottotipo Ipoattivo, definito dalla presenza di 3. o 4.

- Riduzione della velocità delle azioni, evidenziata da una risposta positiva ad una delle seguenti domande:
 - Si muove più lentamente di prima*? no sì
 - Impiega più tempo a compiere semplici gesti rispetto a prima*? no sì
- Riduzione quantitativa dell'eloquio, evidenziata da una risposta positiva ad una delle seguenti domande:
 - Parla meno di prima*? no sì
 - Vi è una riduzione dell'eloquio spontaneo (ad es. parla solo se interpellato)? no sì

C. Sottotipo misto, definito dalla presenza di entrambi i criteri per iperattivo e ipoattivo come delineato nei punti A. e B.

D. Nessun Sottotipo, se non vengono soddisfatti i criteri delineati in A. o B

*il cambiamento è evidente rispetto alla settimana scorsa.

Dolore (Coloured Visual Analogue Scale): utilizza questa scala (VAS colorata) per la valutazione del dolore. Mostra al paziente la scala che è una retta di 10 cm spiegando che il punto iniziale (che corrisponde al numero 0) rappresenta "nessun dolore" mentre l'estremo finale (che corrisponde al numero 10) rappresenta il dolore più forte che abbia mai provato; chiedi al paziente di indicarti a che punto della retta si trova il dolore che sta provando in questo momento e riporta il numero a cui si avvicina con il dito. Se il paziente non è in grado di eseguire il compito (ad es., per cecità o severo deterioramento cognitivo) riportane le motivazioni



Valore da riportare: _____/10

Segnala il motivo della mancata somministrazione: cecità, deficit cognitivo severo; rifiuto; _____

Dati da rilevare al follow-up (da effettuarsi il giorno 27/10/2017):

Il paziente è stato dimesso? no sì - data di dimissione: ____/____/____

Destinazione alla dimissione domicilio; altro reparto ospedaliero; Riabilitazione; Casa di Riposo/Istituto

Il paziente è deceduto durante il ricovero? no sì - data del decesso: ____/____/____

Il paziente è deceduto nel follow-up?
(da verificare telefonicamente se necessario) no sì - data del decesso: ____/____/____