

Certificazione medica per pazienti in età evolutiva

Cognome _____ Nome _____

Via _____ Nr. _____ Città _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

BILANCIO D'ESORDIO

Comprende i punti da 1 a 6. Il Bilancio d'Esordio va compilato sempre e solo alla prima valutazione qualsiasi sia il setting al momento della valutazione e qualsiasi sia l'intervallo di tempo trascorso dall'evento acuto.

DATA DELL'EVENTO

1. DATI DEMOGRAFICI ED ANAMNESTICI

Data di nascita _____ Sesso uomo donna

Stato civile libero/a non noto altro _____

Grado di istruzione _____

Nazionalità italiana UE extra UE

non nota

Occupazione studente/studentessa altro _____

non nota (specificare) _____

Situazione abitativa domicilio struttura protetta altro

non nota (specificare) _____

Condizioni abitative vive solo/a familiari/conviventi pers. assistenziale

altro _____ non nota (specificare) _____

Presenza di condizioni premorbose che comportavano necessità di assistenza?

no sì non noto

2. EZIOLOGIA

traumatica anossica emorragica ischemica

infettiva neoplastica altro _____

3. CIRCOSTANZE DEL TRAUMA

- incidente stradale incidente domestico incidente sul lavoro incidente sportivo
 aggressione altro _____ non noto _____

4. COMORBILITÀ (precedenti al danno, possibili più risposte)

- malattie cardiovascolari malattie respiratorie dismetaboliche/endocrine
 neoplastiche psichiatriche infettive
 neurologiche altro _____

4.1 COMORBILITÀ TRAUMATICA (danni traumatici associati, più risposte possibili)

- scheletrico massiccio facciale mielico
 toraco-addominale SNP altro _____

5. STRUTTURA DI PRIMO RICOVERO

- terapia intensiva/rianimazione unità mediche unità chirurgiche
 altro _____

6. VALUTAZIONE DEL DANNO CEREBRALE PRIMARIO

Sede del danno (a prescindere da eziologia; scegliere il quadro neuroradiologico peggiore nei primi sette giorni post evento acuto; possibili più risposte)

- diffuso
 focale emisferico dx sx bilaterale
 fossa cranica posteriore
 tronco

BILANCIO ATTUALE

Questa sezione comprende i punti 7 a 10. Il Bilancio Attuale deve essere compilato ogni volta che si rende necessaria una nuova valutazione, mentre il bilancio d'esordio viene effettuato una sola volta alla prima valutazione. La compilazione deve essere la più completa possibile, contemplando tutti gli items esplorabili in base alla situazione del paziente al momento della valutazione stessa.

DATA DELLA VALUTAZIONE

DATA DELL'EVENTO

7. SETTING AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE

- Unità di degenza per acuti Degenza Post-Acuzie (Lungodegenza)
 Degenza riabilitativa ordinaria DH riabilitativo
 Domicilio Altro _____

8. VALUTAZIONE DEL DANNO SECONDARIO/COMPLICANZE

(complicanze in atto al momento della valutazione; possibili più risposte)

- Infettive (escluse respiratorie):
 Respiratorie (infettive, es. polmoniti e non infettive, es. stenosi tracheali):
 Cardiovascolari (es. tromboflebiti)
 Lesioni cutanee da decubito
 Retrazioni muscolo-tendinee
 Ulteriori danni cerebrali
 Idrocefalo/Ipertensione endocranica (trattata: DVE, DVP, deliquorazione)
 Dilatazione ventricolare (atrofia, idrocefalo non trattato)

- Epilessia
- Crisi neurovegetative
- Altro: _____

9. STATO DI COSCIENZA

a) PAZIENTE IN COMA (occhi chiusi, non parla, non esegue)

GLASGOW COMA SCALE (G.C.S.)

- _____ apertura occhi
- _____ migliore risposta verbale
- _____ migliore risposta motoria
- _____ Punteggio totale

b) PAZIENTE IN STATO VEGETATIVO (VS)

Criteri diagnostici Neurocomportamentali (tutti presenti):

- Gli occhi del paziente si aprono spontaneamente o dopo stimolazione
- Il paziente non esegue alcun comando
- Il paziente non esprime o emette parole riconoscibili
- Il paziente non dimostra movimenti intenzionali (può mostrare movimenti riflessi di tipo posturale, sottrazione al dolore, o sorriso involontario)
- Il paziente non può sostenere movimenti di inseguimento visivo lento entro un arco di 45 cm in qualsiasi direzione quando gli occhi sono tenuti aperti manualmente
- I criteri suddetti non sono secondari all'utilizzo di agenti paralizzanti

Durata del coma (dal trauma fino all'apertura degli occhi stabile e non episodica) in giorni _____

c) STATO MINIMAMENTE CONSCIO (MCS)

Elenco dei comportamenti utili per la diagnosi di MCS

- Esecuzione di comandi semplici
- Risposte di tipo SÌ/NO gestuali o verbali (a dispetto della accuratezza)
- Verbalizzazione intelligibile
- Comportamento propositivo, includendo movimenti o comportamenti affettivi che si verificano in relazione contingente con stimoli ambientali rilevanti e non sono dovute ad attività riflesse. Alcuni esempi di comportamenti propositivi qualificati includono:
 - Ridere o piangere in modo appropriato in risposta a stimoli linguistici o visivi a contenuto emozionale ma non in risposta a stimoli o argomenti neutrali
 - Vocalizzazioni o gesti che si verificano in risposta diretta al contenuto linguistico di domande
 - Raggiungimento di oggetti che dimostra una chiara relazione tra la localizzazione dell'oggetto e la direzione del movimento di raggiungimento
 - Toccare o tenere oggetti in un modo che si adatta alle dimensioni e alla forma di un oggetto
 - Movimenti di inseguimento visivo o fissazione sostenuta, che si verificano in risposta diretta al movimento o a stimoli salienti

d) MUTISMO ACINETICO (AM)

Criteri diagnostici Neurocomportamentali (tutti presenti)

- L'apertura degli occhi è ben mantenuta e si verifica in associazione con movimenti di inseguimento visivo di stimoli ambientali
- Parole o movimenti spontanei non sono discernibili o solo molto piccoli
- L'esecuzione di comandi e la verbalizzazione sono elicetabili ma si verificano poco frequentemente
- La bassa frequenza di movimenti e parola non può essere attribuita a disturbi neuromuscolari (es. spasticità o ipotono) o disturbi di vigilanza (es. ottundimento) tipicamente notati nello stato minimamente responsivo

e) PAZIENTE COSCIENTE

Esecuzione consistente, attendibile, ripetibile di ordini semplici

Durata del periodo di incoscienza _____

f) Rientra nei criteri di LOCKED-IN SINDROME (LIS)

Criteri diagnostici Neurocomportamentali:

- L'apertura degli occhi è ben sostenuta (la ptosi bilaterale dovrebbe essere esclusa come un fattore complicante in pazienti che non aprono gli occhi ma dimostrano movimenti oculari a comando quando gli occhi sono aperti manualmente)
- Abilità cognitive basiche sono evidenti alla valutazione
- C'è evidenza clinica di grave ipofonia o afonia
- C'è evidenza clinica di tetraparesi o tetraplegia
- Il modo primario di comunicazione è mediante movimenti verticali o laterali degli occhi, oppure attraverso la chiusura delle palpebre

10. LIVELLO DI SUPPORTO ALLE FUNZIONI VITALI DI BASE

RESPIRAZIONE:

Tracheostomia

Tipo di ventilazione:

Ventilazione meccanica

Ventilazione autonoma

NUTRIZIONE (più risposte possibili):

Per OS

Artificiale:

PEG

SNG

NPT

SFINTERI:

Contiene

Catetere

Sistemi di raccolta

ACCESSI VENOSI:

no

sì

CVC

Diagnosi: _____

Commento: _____

(Luogo e data)

(Timbro e firma)

Spazio riservato all'Unità di Valutazione Multidimensionale di riferimento: _____

- Corrisponde ai quadri clinici previsti dalla Deliberazione della Giunta Provinciale n. 408 del 09.06.2020
- Non corrisponde ai quadri clinici previsti dalla Deliberazione della Giunta Provinciale n. 408 del 09.06.2020

(Luogo e data)

(Firma dei membri UVM)

(Firma dei membri UVM)

(Firma dei membri UVM)

(Firma dei membri UVM)

(Firma dei membri UVM)