



Scheda Protocollo di Valutazione dell'Ictus Fase Acuta Ospedaliera

COGNOME _____ NOME _____ SESSO M F

NATO/A IL _____ ETÀ _____ N. CONVIVENTI _____ ETNIA _____

RESIDENZA _____

SCOLARITÀ Nessuna Elementari
 Medie Superiori Università

PROFESSIONE Pensionata/o Dipendente Studente
 Casalinga/o Autonomo Non occupato

DATA ICTUS _____

REPARTO Geriatria Neurologia Med. Interna Neurochirurgia Rianimazione
 Stroke Unit Altro _____

DATA RICOVERO _____

RECIDIVA **TROMBOLISI**

DATA VALUTAZ. _____

LATO DEL CORPO AFFETTO Dx Sx

ISCHEMICO **SINDROME** TACI PACI LACI POCI
 EMORRAGICO **SEDE LESIONE** Sovratentoriale Sottotentoriale Estesa

PATOLOGIE ASSOCIATE Altre Aritmie Anemia Angina Artroprotesi Anca BPCO Decubiti
 Denutrizione Diabete Fibr. Atriale Frattura Femore Ipertensione Ipovisus
 Obesità Scompenso Sordità Valvulopatia

RANKIN PREMORB. _____

DISFAGIA

INCONTINENZA

Ritenzione

Fecale Vescicale **supporti** Catetere Condom Pannolone

NUTRIZIONE OS PEG SNG Ev

RESPIRAZIONE Naturale Assistita O₂

TRUNK CONTROL TEST

Girarsi sul lato malato _____

Girarsi sul lato sano _____

Passaggio supino seduto _____

Equilibrio da seduto _____

TOTALE _____

CANADIAN NEUROLOGICAL SCALE

LIVELLO DI COSCIENZA **ORIENTAMENTO** **LINGUAGGIO**

TOTALE _____

DEBOLEZZA FUNZIONE MOTORIA

NO DEFICIT COMPRENSIONE

SI DEFICIT COMPRENSIONE

Volto _____

Volto _____

A. S. prossimale _____

Arti Superiori _____

A. S. distale _____

Arti Inferiori _____

A. I. prossimale _____

A. I. distale _____

TOTALE _____

BARTHEL INDEX

Alimentazione _____

Controllo della vescica _____

Fare il bagno _____

Trasferimenti nel bagno _____

Igiene personale _____

Trasferimenti sedia/letto _____

Vestirsi _____

Deambulazione _____

Controllo del retto _____

Salire le scale _____

TOTALE _____

NEGLECT

FAC _____

RANKIN ATTUALE _____

Controindicazioni al Trattamento Riabilitativo



Scheda Protocollo di Valutazione dell'Ictus Fase Acuta Ospedaliera

TRATTAMENTO RIABILITATIVO

- FKT LGT TO
 Altro _____

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI SPECIFICI ESEGUITI

- Antispastici Antiepilettici Tossina Botulinica Antidepressivi
 Altro _____

- Dimissione Trasferimento Prog. Trasferimento Non Prog. Deceduto **DATA** _____

INDICAZIONI AL PROSEGUIMENTO

PROGETTO RIABILITATIVO

DESTINAZIONE - SETTING RIABILITATIVI

- Riabil. Intens. (cod. 56) Riabil. Estens. (cod. 60) Lungodeg. Internist. (cod. 60) GCA (cod. 75)
 DH Riabilitativo Ex art. 26 Residenza Sanitaria Assistita Residenza Protetta
 Riabil. Territor. (Dom. o Amb.) Domicilio Altro _____