Allegato 3a

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

MMG …..... Care Manager …....

Sezione A: Dati generali del Paziente

Cognome …..... Nome …....

Data di nascita …..... Luogo di Nascita …....

Codice Fiscale …..... Sesso ☐ M ☐ F

Indirizzo …....

Comune …..... C.A.P. …....

E-mail …..... Telefono …....

Orario preferito per i contatti telefonici …....

Situazione familiare	☐ il paziente vive solo ☐ il paziente vive con i familiari

Sezione B: Dati clinico-anamnestici

Patologia principale o Rischio di MCV

Diabete	☐ si ☐ no	*Se si, indicare*: ☐ In insulino-terapia ☐ In terapia con antidiabetici orali
Paziente a rischio di diabete	☐ si ☐ no	☐ Intolleranza al carico di glucosio (ICG) ☐ Alta glicemia a digiuno (IFG)
MCV conclamata	☐ si ☐ no	*Se si, indicare:* ☐ Angina pectoris ☐ Fibrillazione atriale e altre Aritmie ☐ Infarto del Miocardio ☐ Ictus cerebrovascolare ☐ TIA ☐ Ipertrofia ventricolare sinistra ☐ Aneurisma dell'aorta
Paziente a rischio di MCV	☐ si ☐ no	☐ Fumo ☐ Ipertensione arteriosa ☐ Ipercolestorolemia ☐ Ipertrigliceridemia ☐ Vita sedentaria ☐ Alimentazione non corretta ☐ Soprappeso (BMI >25 <29) ☐ Obesità (BMI>29) ☐ Obesità centrale (circonferenza vita: ♂>102 - ♀> 88) ☐ Storia familiare di MCV nei parenti di I° grado
Scompenso Cardiaco	☐ si ☐ no	*Se si, indicare*: ☐ Classe NYHA I ☐ Classe NYHA III ☐ Classe NYHA II ☐ Classe NYHA IV
BPCO	☐ si ☐ no	*Se si, indicare il livello di gravità*: ☐ Lieve ☐ Moderato ☐ Grave ☐ Molto grave
Rischio cardiovascolare	*Indicare il livello di rischio secondo le carte del rischio italiane* (Progetto Cuore): …..... %	

Allegato 3a

Comorbidità

Claudicatio intermittens	❑ si	❑ no	Ipotiroidismo	❑ si	❑ no
Vasculopatia periferica	❑ si	❑ no	Ipertiroidismo	❑ si	❑ no
Neuropatia periferica	❑ si	❑ no	Epatite cronica	❑ si	❑ no
Insufficienza renale cronica	❑ si	❑ no	Cirrosi epatica	❑ si	❑ no
Retinopatia	❑ si	❑ no	Malattie reumatiche	❑ si	❑ no
Aterosclerosi carotidea	❑ si	❑ no	Artrosi	❑ si	❑ no
Asma bronchiale	❑ si	❑ no	Neoplasia in fase attiva	❑ si	❑ no
			Neoplasia in remissione	❑ si	❑ no

Altro ….....
….....

Interventi chirurgici correlati

☐ Bypass aortocoronarico (CABG)	nell'anno ….....
☐ Angioplastica coronarica percutanea (PTCA o PCI)	nell'anno ….....
☐ Intervento di TEA (TromboEndoArterectomia carotidea)	nell'anno ….....
☐ ……..	nell'anno ….....
☐ Resezione di tessuto polmonare	nell'anno ….....
☐ ……..	nell'anno ….....

Servizi utilizzati dal paziente

Il paziente è in cura presso centri specialistici?	☐ si	☐ no
Se si indicare quali ….....		
Il paziente diabetico ha un diabetologo di riferimento?	☐ si	☐ no
Il paziente ha un cardiologo di riferimento?	☐ si	☐ no
Il paziente ha un pneumologo di riferimento?	☐ si	☐ no

Note ….....
….....

Terapia in corso

….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....

Sezione C: Visita Infermieristica

Stili di vita

Fumo	☐ si	☐ no	N° sigarette/die	….....
Attività fisica	☐ si	☐ no	Tipo frequenza settimanale	…..... .....
Alimentazione corretta	☐ si	☐ no	….....	
Consumo di bevande alcoliche	☐ si	☐ no	Porzione/die[1]	….....

Parametri fisici

	Valore		Valore
Peso		BMI	
Altezza		Pressione arteriosa	
Circonferenza vita		Frequenza cardiaca	

Controllo del piede (per pazienti diabetici)

Data	nella norma	Data	nella norma	Data	nella norma	Data	nella norma
	☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no
Note							

Data …..... Firma dell'infermiere CM

Piano concordato con il MMG	
☐ Visita Infermieristica ☐ Visita Infermieristica + Care management	
frequenza dei controlli infermieristici: ☐ trimestrali ☐ semestrali ☐ annuali ☐ altro ….....	*date previste per* ✓ Esami ematochimici ..... ✓ Visita cardiologia + ECG ….....
frequenza sedute di care management	✓ Ecocardiogramma + FE …..... ✓ Visita diabetologica ….....

[1] La 3° *Task Force* interassociativa europea raccomanda di limitare il consumo di alcool a non più di 3 porzioni al giorno per gli uomini e 2 porzioni per le donne (1porzione di alcool corrisponde a: 1 bicchierino standard di liquore, 1 bicchiere di vino, 1 bottiglia da 33 cl. di birra).

.....	✓ Visita oculistica – fundus oculi …..... ✓ Visita pneumologica …..... ✓ Spirometria …..... ✓ Emogasanalisi ….....

Sezione D: Diario clinico

Assistito …..

Esami ematochimici

	Data ….....	**Data** ….....	**Data** ….....	**Data** ….....	**Data** ….....	**Data** ….....	**Data** ….....
	Valore	**Valore**	**Valore**	**Valore**	**Valore**	**Valore**	**Valore**
Glicemia a digiuno							
HbA1c (per pz DB)							
Riportare il range normale							
Microalbuminuria *Riportare il range normale*							
Cratininemia							
Colesterolo totale							
Colesterolo LDL							
Colesterolo HDL							
Trigliceridi							
Emoglobina g							
Ematocrito							

Glicemia con stick (per pazienti diabetici)

Determinazione	**1°**	**2°**	**3°**	**4°**	**5°**	**6°**	**7°**	**8°**	**9°**
Data									
Valore									
Determinazione	**10°**	**11°**	**12°**	**13°**	**14°**	**15°**	**16°**	**17°**	**18°**
Data									
Valore									

Indagini strumentali

	Data	**nella norma**	**Data**	**nella norma**	**Data**	**nella norma**	**Data**	**nella norma**
Fundus oculi		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no
ECG		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no
Ecocardiogramma		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no
Spirometria		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no
Emogasanalisi		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no
	Data	**Valore**	**Data**	**Valore**	**Data**	**Valore**	**Data**	**Valore**
Frazione di Eiezione (per pz con SC)								
Note:								

Allegato 3a

Parametri fisici

	Data ……	Data ……	Data ……	Data ……	Data ……	Data ……	Data ……
	Valore	**Valore**	**Valore**	**Valore**	**Valore**	**Valore**	**Valore**
Peso							
Altezza							
Circonferenza vita							
BMI							
Pressione arteriosa							
Frequenza cardiaca							

Stili di vita

	Data ……	Data ……	Data ……	Data ……	Data ……
Fumo	❑ si ❑ no N°sigarette/die …...	❑ si ❑ no N°sigarette/die …...	❑ si ❑ no N°sigarette/die …...	❑ si ❑ no N°sigarette/die …...	❑ si ❑ no N°sigarette/die …..
Attività fisica	❑ si ❑ no Tipo …..... Freq. Sett. ….....	❑ si ❑ no Tipo …..... Freq. Sett. ….....	❑ si ❑ no Tipo …..... Freq. Sett. ….....	❑ si ❑ no Tipo …..... Freq. Sett. ….....	❑ si ❑ no Tipo …..... Freq. Sett. ….....
Bevande alcoliche	❑ si ❑ no Porzione/die ….....	❑ si ❑ no Porzione/die ….....	❑ si ❑ no Porzione/die ….....	❑ si ❑ no Porzione/die ….....	❑ si ❑ no Porzione/die ….....
Alimentazione corretta	❑ si ❑ no	❑ si ❑ no	❑ si ❑ no	❑ si ❑ no	❑ si ❑ no

Controllo del piede (per pazienti diabetici)

Data	nella norma	Data	nella norma	Data	nella norma	Data	nella norma
	☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no		☐ si ☐ no
Note							

Aggiornamento della terapia

Data ….....

….....

….....

….....

Allegato 3a

Aggiornamento della terapia

Data ….....

….....

….....

.....

Sezione E: Scheda di valutazione per il care management

Assistito …….....

Questionario sullo stato di salute Coop-Wonca

Note:

Le 8 priorità di autogestione della malattia

1^ PRIORITA' - SAPERE COME E QUANDO CHIAMARE IL MEDICO			
Il paziente sa riconoscere i segni premonitori e sa come comportarsi in caso di emergenza?		☐ *Si* ☐ *No*	*Se la risposta è No, individuare gli obiettivi e gli interventi necessari*
Obiettivi per il paziente		**Intervento del CM**	
☐	Saper riconoscere i segni premonitori	☐	Educare il paziente a riconoscere i segni premonitori
☐	Sapere quali azioni intraprendere per fronteggiare i segni premonitori	☐	Istruire il paziente su quali azioni intraprendere per fronteggiare i segni premonitori
☐	Disporre di un piano d'azione per le emergenze	☐	Mettere a punto con medico e paziente un piano per le emergenze
☐	Saper attuare il piano per le emergenze	☐	Rivedere con il paziente i passi da compiere in caso di emergenza (recapiti telefonici, nominativi da contattare, strutture in cui recarsi)

2^ PRIORITA' - CONOSCERE LA MALATTIA			
Il paziente conosce la propria malattia?		☐ *Si* ☐ *No*	*Se la risposta è No, individuare gli obiettivi e gli interventi necessari*
Obiettivi per il paziente		**Intervento del CM**	
☐	Conoscere le cause della malattia, i fattori di rischio e i livelli di severità della malattia	☐	Fornire informazioni di base sulla patologia vagliando la tipologia e la quantità di informazioni da trasferire
☐	Monitorare l'evoluzione dei sintomi e le ripercussioni sulle attività quotidiane	☐	Coinvolgere attivamente il paziente affinchè conosca i fattori di rischio della sua malattia
☐	Essere in grado di intervenire nella elaborazione del piano di cura	☐	Coinvolgere il paziente nella definizione del proprio piano di cura

3^ PRIORITA' - ASSUNZIONE CORRETTA DEI FARMACI			
Effettuare la scala di Morisky sull'aderenza alla terapia			**Punteggio: _____**
Il paziente trova difficile aderire alla terapia?	☐ *Si* ☐ *No*	*Se la risposta è Si, individuare gli obiettivi e gli interventi necessari*	

Allegato 3a

Obiettivi per il paziente		Intervento del CM	
☐	Tenere un elenco aggiornato di tutti i farmaci prescritti	☐	Aiutare il pz a stilare e ad aggiornare l'elenco dei farmaci prescritti
☐	Comprendere lo scopo per il quale sono stati prescritti i farmaci, le relative indicazioni e le modalità d'uso	☐	Supportare il paziente ad assumere correttamente i farmaci negli orari e nei giorni stabiliti
☐	Saper individuare e riferire i principali effetti indesiderati	☐	Aiutare il paziente a riconoscere e a riferire gli effetti indesiderati

4^ PRIORITA' - EFFETTUARE GLI ESAMI E LE VISITE RACCOMANDATI			
Il paziente effettua regolarmente gli esami e le visite necessarie?		☐ *Si* ☐ *No*	*Se la risposta è No, individuare gli obiettivi e gli interventi necessari*
Obiettivi per il paziente		**Intervento del CM**	
☐	Conoscere ed effettuare gli esami e le visite necessari	☐	Informare il paziente sulla necessità di eseguire nei tempi previsti gli esami e le visite richiesti
☐	Conoscere la necessità di eseguire le vaccinazioni nei tempi previsti	☐	Far comprendere al paziente l'importanza di eseguire le vaccinazioni nei tempi previsti
☐	Avere un archivio personale con gli esami e le visite specialistiche eseguite	☐	Insegnare al paziente ad archiviare i risultati degli esami e delle visite specialistiche eseguite affinché possano essere facilmente rintracciabili

Allegato 3a

5^ PRIORITA' - COME MANTENERE LA MALATTIA SOTTO CONTROLLO			
Il paziente sa come mantenere sotto controllo la propria malattia?		☐ *Si* ☐ *No*	*Se la risposta è No, individuare gli obiettivi e gli interventi necessari*
Obiettivi per il paziente		**Interventi del Care Manager**	
☐	Disporre di un piano d'azione quotidiano per mantenere sotto controllo la malattia e saperlo utilizzare	☐	Costruire con il medico e il paziente un piano di azione per mantenere sotto controllo la propria malattia
☐	Saper effettuare l'automonitoraggio necessario per la propria malattia	☐	Aiutare il paziente ad effettuare l'automonitoraggio necessario
Individuare di seguito le attività di automonitoraggio:			

Pressione arteriosa			
Obiettivi per il paziente		**Interventi del Care Manager**	
☐	Disporre di uno sfigmomanometro per l'automisurazione	☐	Far comprendere al paziente l'importanza di possedere uno sfigmomanometro per l'automisurazione
☐	Saper utilizzare in modo appropriato lo sfigmomanometro	☐	Insegnare la tecnica di misurazione della pressione

Peso corporeo			
Obiettivi per il paziente		**Intervento del CM**	
☐	Disporre di una bilancia per l'automonitoraggio del peso	☐	Far comprendere al paziente l'importanza di possedere una bilancia pesa persone
☐	Effettuare l'automonitoraggio del peso	☐	In caso di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco spiegare l'assoluta necessità del controllo quotidiano del peso

Controllo del piede *(per pazienti diabetici)*			
Obiettivi per il paziente		**Intervento del CM**	
☐	Saper effettuare il controllo del piede	☐	Insegnare al paziente a controllare periodicamente il piede

Controllo della glicemia *(per pazienti diabetici in insulino-terapia)*			
Obiettivi per il paziente		**Intervento del CM**	
☐	Disporre di uno glucometro per l'automisurazione	☐	Far comprendere al paziente l'importanza di possedere un apparecchio per l'automisurazione della glicemie
☐	Saper utilizzare in modo appropriato il glucometro	☐	Insegnare la tecnica di misurazione della glicemia

Autosomministrazione dell'insulina *(per pazienti diabetici in insulino-terapia)*			
Obiettivi per il paziente		**Intervento del CM**	
☐	Saper effettuare l'autosomministrazione dell'insulina	☐	Insegnare le tecniche di autosomministrazione dell'insulina

Allegato 3a

6^ PRIORITA' - MODIFICARE LO STILE DI VITA PER RIDURRE I RISCHI

Individuare di seguito gli stili di vita da modificare:

a. Fumo

Il paziente fuma?	☐ *Si* ☐ *No*	*Se la risposta è No, passare al punto b.*

Se la risposta è Si, effettuare:

Test di Fargeston	**Punteggio: _____**
Questionario per l'individuazione dello stadio del cambiamento sul fumo	**Stadio del cambiamento:** ☐ **Precontemplazione** ☐ **Contemplazione** ☐ **Determinazione** ☐ **Azione** ☐ **Mantenimento**

Il paziente intende smettere di fumare?	☐ *Si* ☐ *No*	*Se la risposta è Si, individuare gli obiettivi e gli intervent i necessari*

	Obiettivi per il paziente		Interventi del Care Manager
☐	Ridurre il numero di sigarette	☐	Predisporre un piano per la riduzione del numero di sigarette e sostenere il paziente nell'attuarlo
☐	Intraprendere azioni volte alla cessazione del fumo	☐	Predisporre un piano per la cessazione del fumo e sostenere il paziente nell'attuarlo, inviandolo, se necessario, al Centro Antifumo

b. Dieta/Alimentazione

Effettuare il questionario sull'alimentazione	**Punteggio: _____**
Questionario per l'individuazione dello stadio del cambiamento sull'alimentazione	**Stadio del cambiamento:** ☐ **Precontemplazione** ☐ **Contemplazione** ☐ **Determinazione** ☐ **Azione** ☐ **Mantenimento**

Il paziente ha una alimentazione corretta?	☐ *Si* ☐ *No*	*Se la risposta è No, individuare gli obiettivi e gli intervent i necessari*

	Obiettivi per il paziente		Interventi del Care Manager
☐	Adottare sane abitudini alimentari	☐	Predisporre un piano per acquisire sane abitudini alimentari
☐	Individuare ed affrontare ciò che ostacola l'uso di abitudini alimentari corrette	☐	Aiutare il paziente ad individuare e ad affrontare gli ostacoli che interferiscono con il raggiungimento dell'obiettivo

Il paziente è in sovrappeso/obeso?	☐ *Si* ☐ *No*	*Se la risposta è Si, effettuare il questionario sullo stadio del cambiamento del peso corporeo*
Questionario per l'individuazione dello stadio del cambiamento sul controllo del peso	**Stadio del cambiamento:** ☐ **Precontemplazione** ☐ **Contemplazione** ☐ **Determinazione** ☐ **Azione** ☐ **Mantenimento**	
Il paziente sta pensando di mettersi a dieta?	☐ *Si* ☐ *No*	*Se la risposta è Si, individuare gli obiettivi e gli intervent i necessari*

	Obiettivi per il paziente		Interventi del Care Manager
☐	Raggiungere e/o mantenere un peso corporeo e un Indice di Massa Corporea (BMI) nella norma	☐	Aiutare il paziente a seguire una dieta sotto controllo medico e, se necessario, inviare allo specialista

c. Attività fisica

Il paziente fa attività fisica?	☐ *Si* ☐ *No*	*Se la risposta è No, effettuare il questionario sullo stadio del cambiamento*

Allegato 3a

Questionario per l'individuazione dello stadio del cambiamento sull'attività fisica	**Stadio del cambiamento:** ☐ **Precontemplazione** ☐ **Contemplazione** ☐ **Determinazione** ☐ **Azione** ☐ **Mantenimento**

Il paziente sta pensando di iniziare un'attività fisica?	☐ *Si* ☐ *No*	*Se la risposta è Si, individuare gli obiettivi e gli intervent i necessari*

	Obiettivi per il paziente		**Interventi del Care Manager**
☐	Effettuare un regolare esercizio fisico attenendosi alle raccomandazioni	☐	Suggerire le modalità per eseguire esercizio fisico quotidiano (su indicazione del medico) e sostenere il paziente

d. Bevande alcoliche

Il paziente fa uso di bevande alcoliche?	☐ *Si*	☐ *No*	*Se la risposta è Si, valutare la quantità e continuare*
Il paziente intende modificare questa sua abitudine?	☐ *Si*	☐ *No*	*Se la risposta è Si, individuare gli obiettivi e gli intervent i necessari*

	Obiettivi per il paziente		**Interventi del Care Manager**
☐	Ridurre il consumo di bevande alcoliche	☐	Predisporre un piano per ridurre il consumo di bevande alcoliche e sostenere il paziente nell'attuarlo
☐	Astenersi dal consumo di bevande alcoliche	☐	Predisporre un piano per astenersi dal consumo di bevande alcoliche e sostenere il paziente nell'attuarlo, inviandolo, se necessario, al Centro Specialistico

7^ PRIORITA' - FAR LEVA SUI PUNTI DI FORZA PER SUPERARE GLI OSTACOLI

Il paziente riferisce difficoltà ad affrontare la propria malattia?	☐ *Si* ☐ *No*	*Se la risposta è Si, individuare gli obiettivi e gli interventi necessari*

	Obiettivi per il paziente		**Interventi del Care Manager**
☐	Saper identificare gli ostacoli che possano interferire con l'autogestione della malattia	☐	Aiutare il paziente a saper identificare gli ostacoli: *(indicare gli ostacoli individuati)* ☐ Accesso ☐ Conoscenza/comprensione ☐ Comunicazione ☐ Terapia ☐ Convinzioni sulla salute ☐ Salute e stato funzionale ☐ Ostacoli psicosociali
☐	Saper elaborare soluzioni per superare i problemi sulla base degli ostacoli individuati	☐	Allenare il paziente a risolvere i problemi, a saper formulare decisioni di natura pratica e a verificarne l'efficacia

Se necessario, individuare di seguito le attività da intraprendere in merito a:

a. Capacità di utilizzare una rete di sostegno sociale

	Obiettivi per il paziente		**Intervento del CM**
☐	Essere in grado di ricorrere a una rete di sostegno sociale per affrontare la malattia cronica	☐	Creare o rafforzare la rete di sostegno sociale, riesaminarne e potenziarne il ricorso

b. Capacità di affrontare la malattia

	Obiettivi per il paziente		**Intervento del CM**
☐	Essere consci delle ripercussioni della	☐	Far accrescere la consapevolezza dell'impatto della

Allegato 3a

	malattia cronica sulla propria qualità di vita		malattia sulla qualità di vita.
☐	Saper gestire i sintomi di stress, ansia e depressione	☐	Aiutare il paziente a gestire i sintomi di stress, ansia e depressione, attivando eventuali richieste di trattamento
☐	Essere capaci di convivere con la malattia	☐	Aiutare il paziente a identificare i momenti della vita che hanno subito ripercussioni a causa della malattia, le soluzioni adottate e/o da adottare e verificarne l'efficacia

8^ PRIORITA' - VISITE MEDICHE E FOLLOW-UP

Il paziente trova difficile rispettare gli appuntamenti di follow up?	☐ Si ☐ No	*Se la risposta è Si, individuare gli obiettivi e gli intervent i necessari*

	Obiettivi per il paziente		**Intervento del CM**
☐	Conoscere le date in cui effettuare i controlli	☐	Fornire un promemoria che aiuti il paziente a presentarsi alle visite di controllo
☐	Rispettare gli appuntamenti programmati (es. recarsi dallo specialista)	☐	Ricordare al paziente gli appuntamenti programmati e l'importanza a rispettarli
☐	Impegnarsi nel superamento degli ostacoli	☐	Supportare il paziente a superare gli ostacoli che impediscono il rispetto degli appuntamenti

Data ……

Firma dell'infermiere CM

_____