

Scheda A - 1^a segnalazione-valutazione

La scheda va usata (in copia) per l'invio al medico, si informatizzano i suoi dati solo quando è completa in tutte le sue parti

Data accoglienza _____ Distretto n. ____ Sede _____ SID AID
Assistito inviato da: MMG Dermatologo-distretto Cl. Dermatologica Chirurgia Vascolare Chirurgia Plastica infermiere
medico di riferimento per la diagnosi accertata (cognome) _____

Dati assistito:
Cognome _____ Nome _____ età _____
Luogo e data di nascita _____ Abitante in Microarea: SI NO
Domicilio _____ Tel. _____
Maschio Femmina Codice Fiscale _____
Lavoratore/ce pensionato/a disoccupato/a casalinga
Vive solo ma con rete di sostegno senza rete di sostegno
Vive con familiari (partner o figli o altri) collaboranti o non collaboranti
Telefono care giver (specificare) _____ MMG _____

Diagnosi d'ingresso

diagnosi dell'ulcera: aspecifica arteriosa venosa mista neoplastica
diabetica traumatica altro _____

data insorgenza ulcera _____ (in cifre segnalare il mese e l'anno)

data insorgenza ulcera recidiva _____ (in cifre segnalare il mese e l'anno)

accetta il percorso diagnostico-terapeutico non lo accetta

In caso di accettazione si prosegue, viceversa in caso di non accettazione il soggetto fa parte della coorte e vengono informatizzati i dati sino a "non accetta il percorso".

Anamnesi e fattori di rischio

diabete ipertensione insufficienza renale cardiopatia HIV
HCV HBV malattie autoimmuni allergie flebite
anemia trombosi embolia polmonare tabagismo
familiarità lavoro a stazione eretta lavoro sedentario
Mobilizzazione: autonomo parzialmente dipendente dipendente

Valutazione dell'arto e della cute

edema duro edema molle varici ectasie discromia
alterazioni termotatto: freddo caldo
pallore cianosi perdita di annessi cutanei alterazione della sensibilità
deformazioni desquamazione eritema

Circonferenza caviglia e polpaccio

Caviglia Dx _____ Sin _____
Polpaccio Dx _____ Sin _____

Indice di pressione caviglia/braccio (ABI) _____ **Polsi arteriosi:** presenti assenti
PA indica il valore _____

Localizzazione della lesione

Arto dx (specifica posizione dell'ulcera per la continuità assistenziale) _____

Piede dx (specifica posizione dell'ulcera per la continuità assistenziale) _____

Arto sin (specifica posizione dell'ulcera per la continuità assistenziale) _____

Piede sin (specifica posizione dell'ulcera per la continuità assistenziale) _____

Superficie ulcera con Visitrak _____

Forma ulcera a stampo irregolare a manicotto

Valutazione della lesione

Tessuto: necrotico fibrinoso granuleggiante

Infezione: SI NO

edema arrossamento dolore essudato maleodorante febbre

Essudato: abbondante moderato lieve

Bordi: piani rilevati sottominati macerazione periles. altro _____

Valutazione del dolore

Intensità NRS (da 0 a 10) _____ sede _____

Comparsa _____ Durata _____ Frequenza _____

Invio a:

MMG dermatologo-distretto chirurgo plastico-distretto clinica dermat.
chirurgia vascolare centro di riferimento reg. per le ferite difficili

Iter diagnostico

Ecocolordoppler ven/art Angiogr. indag.radiolog. _____ (indicare quale)
TcPO2 biopsia tampone

Esami ematochimici _____

Terapia farmacologica

Tampone: pseudomonas aer. stafilococco aureo enterococco micosi altro

Terapia: _____

Diagnosi ACCERTATA

arteriosa venosa mista neoplastica diabetica traumatica altro _____

Domande alla persona su: ritmo sonno/veglia, relazioni sociali, attività lavorativa.

a) In che misura l'ulcera incide negativamente sulla qualità del sonno?

per nulla molto poco un po' molto moltissimo

b) L'ulcera incide negativamente sui suoi rapporti affettivi familiari?

per nulla molto poco un po' molto moltissimo

c) E come sui suoi rapporti sociali come l' andare al mare, a passeggiare, al cinema, in vacanza eccetera?

per nulla molto poco un po' molto moltissimo

d) In che misura l'ulcera incide negativamente sulle sue attività?

per nulla molto poco un po' molto moltissimo

Se la diagnosi è ulcera neoplastica o diabetica o arteriosa o traumatica la raccolta dati e l'informatizzazione degli stessi si conclude qui !

Trattamento della lesione venosa o mista

Detersione: S.F. Ringer Altro _____

Medicazione: _____

Frequenza cambio medicazione: _____

Bendaggio elastocompressivo: SI NO **in attesa di decisione**

Data d'inizio del bendaggio _____

bendaggio multistrato 4 strati

bendaggio multistrato 3 strati

bendaggio multistrato 2 strati

Data prossimo controllo _____

Eventuale interruzione trattamento in data _____ per: ricovero rifiuto decesso

altro

Data _____ **firma leggibile** _____