

ACCAPED

Scheda di Accertamento dei Bisogni Clinico Assistenziali Complessi in pediatria

NOME COGNOME	Data di Nascita
PATOLOGIA	ICD-9
PATOLOGIA	ICD-9
PATOLOGIA	ICD-9
CARE GIVER PRINCIPALE sostenuto da: ☐ SECONDO GENITORE ☐ ALTRI FAMIGLIARI ☐ OPERATORI SANITARI DEDICATI ☐ ALTRO.....	AUSILI NECESSARI: ☐ AUSILI PER LA MOBILIZZAZIONE ☐ APPARECCHI PER FKT MOTORIA ☐ APPARECCHI PER FKT RESPIRATORIA ☐ VENTILATORE MECCANICO ☐ OSSIGENOTERAPIA/ALTI FLUSSI ☐ MONITOR/SATURIMETRO ☐ NUTRIPOMPA ☐ ALTRO.....
PERSONE ABILITATE ALL'ASSISTENZA DEL BAMBINO: ☐ GENITORE UNICO ☐ GENITORE ENTRAMBI ☐ ALTRI FAMIGLIARI ☐ OPERATORI SANITARI DEDICATI ☐ ALTRO.....	DEVICES PRESENTI: ☐ TRACHEOSTOMIA ☐ GASTROSTOMIA ☐ CATETERE VENOSO CENTRALE/MIDLINE ☐ CATETERE VESCICALE ☐ DIGIUNOSTOMIA ☐ ALTRO.....

DATA

FIRMA OPERATORE

VALUTAZIONE DELLA RESPIRAZIONE (ossigenoterapia, aspirazione, tracheostomia, ventilazione, monitoraggio)		SCORE
☐	Respiro normale (appropriato all'età), nessun episodio di alterazione del respiro. Uso routinario di inalatori, nebulizzatori ecc.	0
☐	Episodi di broncospasmo e tosse o difficoltà respiratorie, che non rispondono a trattamenti autogestiti e necessitano dell'intervento specialistico.	0
☐	Necessita di ossigenoterapia.	0
☐	Presenta maggiore suscettibilità alle infezioni polmonari.	0
☐	Richiede fisioterapia quotidiana per mantenere la funzionalità respiratoria in condizione ottimale.	
☐	E' in grado di respirare autonomamente attraverso la tracheostomia che viene autogestita o con l'aiuto di operatori/familiari. Ha vie aeree pervie ma ristrette senza cannula tracheostomica.	0
☐	E' in grado di respirare autonomamente durante il giorno ma necessita durante la notte del ventilatore meccanico. La ventilazione può essere interrotta anche fino a 48 ore senza alterazioni cliniche.	0
☐	Utilizza CPAP (<i>Continuous Positive Airways Pressure</i>)	
☐	Presenta apnee frequenti	E/O
☐	Difficoltà respiratoria che comporta pericolo di vita	
☐	Estrema difficoltà nella respirazione, che può necessitare di aspirazioni per mantenere libere le vie aeree, eseguite da operatore competente	0
☐	La tracheostomia richiede frequenti aspirazioni	E/O
☐	Richiede ventilazione notturna per capacità respiratoria limitata, potrebbe sopravvivere alla disconnessione accidentale ma questa comporterebbe disagi che richiederebbero il supporto ospedaliero	E/O
☐	Presenta eccessive secrezioni che richiedono frequenti aspirazioni	
☐	Incapacità di respiro autonomo, richiede ventilazione meccanica continuativa	0
☐	Non presenta drive respiratorio quando dorme o è incosciente e richiede ventilazione e presenza di operatore 1:1 mentre dorme, in quanto la sconnessione potrebbe essere fatale	0
☐	La tracheostomia è altamente instabile, frequenti occlusioni, difficoltà alla sostituzione della cannula	
TOTALE RESPIRAZIONE		

VALUTAZIONE DELL'ALIMENTAZIONE (sondino naso gastrico, gastrostomia, nutrizione parenterale totale)		SCORE
☐	Autonomo nell'assunzione di cibo e bevande per via orale, raggiunge il fabbisogno nutrizionale completo. Adeguata all'età.	0
☐	Necessita di assistenza maggiore rispetto a quella prevista per la sua età (es. il bambino si alimenta per bocca ma utilizzando bicchiere e cucchiaino appositi per la palatoschisi)	0
☐	Necessita di supervisione, consigli e incoraggiamento, per l'assunzione di cibo e bevande, maggiore rispetto a quella prevista per la sua età	0
☐	Il genitore necessita di supporto e consigli sull'alimentazione poiché la scarsa conoscenza attuale (compresa le conseguenze di inalazione di cibo o bevande) potrebbe portare ad un peggioramento importante della condizione di base	0
☐	Necessita di assistenza completa nell'alimentazione poiché lo sviluppo non è adeguato, ma questo non richiede molto tempo	
☐	Necessita di assistenza completa nell'alimentazione per garantire un'adeguata assunzione di cibo e questo richiede molto tempo (comprende la somministrazione di cibi liquidi)	10
☐	Piano nutrizionale speciale deciso da una (logopedista?)	

☐	Incapace di assumere solidi o liquidi per via orale. Si utilizzano tutti gli strumenti artificiali necessari all'alimentazione (gastrostomia, digiunostomia), SNG compreso. 0	15
☐	Presenza di disfagia che richiede la gestione di un piano terapeutico che preveda interventi aggiuntivi per garantire un'adeguata nutrizione o idratazione, riduca il rischio di soffocamento, inalazione e mantenga la pervietà delle vie aeree es. aspirazione 0	
☐	Problemi nell'assunzione di cibo e bevande, che richiedono interventi per garantire lo stato nutrizionale adeguato	
☐	Perdita di peso non prevista che comporta rischi per il bambino e richiede interventi adeguati. 0	
☐	Problemi relativi all'utilizzo di apparecchi per la nutrizione che richiedono rivalutazione e revisione.	
☐	Idratazione e sostanze nutritive somministrate totalmente per via endovenosa (NPT)	20
TOTALE ALIMENTAZIONE		

VALUTAZIONE DELLE CRISI CONVULSIVE o ALTERATO STATO DI		SCORE
☐	Nessuna presenza di convulsioni.	0
☐	Crisi convulsive ben controllate con l'attuale terapia.	2
☐	Occasionali crisi convulsive o perdita di coscienza, avvenute negli ultimi tre mesi, che hanno richiesto l'intervento di personale competente per ridurre il rischio di complicanze, con o senza la somministrazione di farmaci.	5
☐	Alterazione dello stato di coscienza o convulsioni, con perdita di coscienza completa, che richiedono frequentemente (più di una volta al mese) interventi specifici per ridurre il rischio complicanze e possono richiedere la somministrazione di farmaci da parte di personale competente, o di una persona addestrata (Risoluzione del problema medico in loco).	10
☐	Necessita ogni giorno dell'intervento da parte di personale competente.	15
☐	E' richiesto l'intervento medico per identificare e implementare interventi adeguati a risolvere i rischi correlati.	
☐	Il bambino ha crisi convulsive più al giorno o più di 4 volte a settimana, che richiedono interventi complessi (Per interventi complessi si intende diversi metodi di somministrazione dei farmaci, che richiedono protocolli di sicurezza. Es. Somministrazione di ossigeno e aspirazione)	
☐	Il bambino in questa categoria è molto instabile (difficile controllo dell'epilessia)	
☐	Giornaliere crisi convulsive difficilmente controllabili o che degenerano in incoscienza, che non rispondono ai trattamenti d'emergenza e comportano un alto rischio per la salute del bambino stesso o degli altri (ad esempio, resistente alla somministrazione di Midazolam per via orale)	20
TOTALE CRISI CONVULSIVE o ALTERATO STATO DI COSCIENZA		

VALUTAZIONE DELLA CUTE E INTEGRITA' TISSUTALE		SCORE
☐	Nessun segno di lesioni da pressione o compromissione della cute.	0
☐	Presenza di lesioni da pressione o lesioni minori che richiedono trattamenti.	1
☐	Compromissione della cute che richiede un controllo clinico meno di una volta a settimana.	
☐	Ferite aperte, che rispondono al trattamento.	3
☐	Compromissione attiva della cute, che richiede almeno un controllo settimanale e che risponde ai trattamenti	
☐	Alto rischio di danno alla cute, che richiede interventi preventivi, da parte del personale, più volte al giorno, volti a evitare la compromissione dell'integrità cutanea.	
☐	Ferite aperte che non rispondono ai trattamenti e richiedono almeno un controllo giornaliero	4
☐	Compromissione attiva della cute che richiede almeno un controllo giornaliero	
☐	Medicazioni specifiche programmate in loco più volte alla settimana, con risposta ai trattamenti	
☐	Necessita di una regolare supervisione da parte di un consulente	
☐	Compromissione della cute o ustioni pericolose per la vita del paziente, che richiedono interventi complessi e dolorosi per un periodo prolungato.	5
TOTALE CUTE E INTEGRITA' TISSUTALE		

VALUTAZIONE DELLO STATO DI MOBILITA'		SCORE
☐	Nonostante la sua malattia il b. si muove in maniera indipendente, adeguata ad età e stadio evolutivo	0
☐	Capace di mantenere la posizione eretta (appropriatamente ad età e stadio evolutivo) ma necessita di assistenza e supporto per accedere alle attività scolastiche ed extra	1
☐	Completamente incapace di mantenere la stazione eretta ma abile ad aiutare negli spostamenti e/ nei cambi di posizione o tono muscolare ridotto che interferisce con l'equilibrio o il movimento	3
☐	Incapace di muoversi in modo adeguato allo stadio evolutivo. Mantenuto in una postazione (sedia o letto) e a causa del rischio di danno fisico, decubiti o dolore alla mobilizzazione necessita di posizionamento accurato e è incapace di collaborare o necessita di più di 1 accudiente per cambiare posizione o essere trasportato	5
☐	Ad elevato rischio di subire danni (da inciampo, caduta, etc) o iperattività che richiede un piano di gestione strutturato o una supervisione 1:1	0
☐	Contrazioni involontarie che mettono a rischio il bambino e gli accudienti	0
☐	Strumentazione / apparecchiatura che limita le opportunità di movimento	0
TOTALE STATO DI MOBILITA'		

VALUTAZIONE DELLA COMUNICAZIONE		SCORE
☐	Comunica chiaramente, verbalmente e non, in modo adeguato ai suoi bisogni evolutivi	0
☐	Capisce bene nel suo idioma. Può aver bisogno di traduzione se non di lingua madre. Sa capire e comunicare chiaramente, a parole e non, nella sua lingua madre in modo adeguato al suo stadio evolutivo	1
☐	Necessita di incitamento per comunicare i suoi bisogni. L'abilità del bambino nel capire e comunicare è consona all'età ed allo stadio evolutivo. Gli accudienti possono essere in grado di anticipare i bisogni tramite segni non verbali legati alla familiarità con il bambino. Linguaggio espressivo o recettivo	0
☐	La comunicazione dei bisogni elementari è difficile da capire o interpretare, anche quando sollecitata salvo che per le persone che hanno familiarità col bambino e richiede supporto regolare. Uso di metodi comunicativi diversi (es linguaggio dei segni) per bambino con deficit sensoriali	5
☐	Mettere il bambino in grado sia di capire che di comunicare i propri bisogni elementari, le richieste, le idee richiede frequente e significativo aiuto da parte degli accudienti e figure professionali, anche con persone vicine.	E / 0
TOTALE COMUNICAZIONE		

VALUTAZIONE DEL SONNO E DEL RIPOSO		SCORE
☐	Ritmo sonno veglia adeguato alle età, senza fattori di rischio	0
☐	Difficoltà nello stabilire un'adeguata routine nell'andare a letto e ritmi sonno veglia adeguati all'età con ricadute sulla famiglia o irrequietezza che influenza i pattern del sonno	2
☐	Il sonno dei genitori / care givers, viene spesso interrotto a causa dei pattern del sonno del b. o dai suoi bisogni assistenziali	3
☐	Estrema privazione di sonno per genitori / care givers, e b. legata alla sua condizione	5
☐	Possibili rischi durante il sonno (apnea, convulsioni, inalazione che richieda aspirazione)	
TOTALE SONNO E RIPOSO		

VALUTAZIONE DELLA CONTINENZA E DELL'EVACUAZIONE		SCORE
☐	Continenza di urine e feci (appropriate per età e grado di sviluppo)	0
☐	La cura della continenza è svolta di routine, giorno per giorno e in modo appropriato all'età	1
☐	L'incontinenza di urine è gestita ad esempio attraverso farmaci, evacuazioni regolari, assorbenti igienici, guaine peniene, etc	
☐	È in grado di mantenere il pieno controllo dei movimenti intestinali e ha una stomia stabile o può avere occasionalmente incontinenza fecale.	5
☐	La cura della continenza è di routine, ma richiede un monitoraggio per ridurre al minimo i rischi, ad esempio, quelli associati a cateteri urinari, a doppia incontinenza e/o la gestione di grave costipazione.	
☐	La cura della continenza è problematica e richiede un tempestivo intervento da parte di una persona competente.	10
☐	OPPURE Cateterizzazione complicata/difficile (ad esempio, è regolarmente incontinente di feci più volte al giorno o ha una stomia che necessita di speciale attenzione più volte al giorno)	15
☐	Dialisi peritoneale / Emodialisi Dopo una procedura complicata	20
TOTALE CONTINENZA E EVACUAZIONE		

VALUTAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI (es. via orale, inalatoria, rettale, topica, intramuscolare, infusione endovenosa, o modalità multiple)		SCORE
☐	Persona competente o farmaco auto-somministrato in modo appropriato all'età.	0
☐	Richiede una persona adeguatamente addestrata a somministrare i farmaci a causa di: ▪ Età, ▪ Non compliance, ▪ Tipo di medicina, ▪ Via di somministrazione del farmaco, ▪ Luogo in cui il farmaco deve essere somministrato	1
☐	Richiede somministrazione di un regime di medicine da parte di una persona competente	3
☐	Monitoraggio a causa del potenziale di fluttuazione della condizione medica che può essere non problematico da gestire	
☐	Ha un regime di trattamento con farmaci che richiede una gestione da parte di una persona competente a causa di una condizione fluttuante e/o instabile o per la gestione del sintomo.	
☐	Ha un regime di trattamento con farmaci che richiede una gestione quotidiana da parte di una persona competente e il riferimento ad un medico per garantire una gestione efficace dei sintomi associati ad una condizione rapidamente modificabile/deteriorabile	5
☐	Ha un regime di trattamento con farmaci che richiede una gestione quotidiana da parte di una persona competente e il riferimento ad un medico per garantire una gestione efficace dei sintomi e del dolore, associati ad una condizione rapidamente modificabile/deteriorabile, quando è richiesto un rapporto 1 : 1 tra il monitoraggio dei sintomi e la loro gestione.	
TOTALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI		

VALUTAZIONE DEL DOLORE		SCORE
☐	Nessun dolore evidente	0
☐	Episodi di dolore nelle ultime 4 settimane ma controllati con i farmaci	1
☐	Episodi di dolore pressoché quotidiani che richiedono prescrizioni regolari di farmaci- dolore cronico.	2
☐	Episodi di dolore severo-non controllato, che comporta disturbi comportamentali (es. alterazioni ritmo sonno/veglia) e richiede una gestione del dolore complessa-dolore cronico con esacerbazioni acute di dolore.	3
☐	Terapia antalgica specialistica	5
TOTALE DOLORE		

VALUTAZIONE DI* EVENTI SPECIFICI/IMPREVISTI E/O IMPREVEDIBILI		SCORE
(Es. temperatura corporea labile, ipoglicemia, irritazione cerebrale; rischio di morte improvvisa...)		
* Questa categoria si riferisce ad eventi non considerati in alcuna delle altre schede di accertamento precedenti		
☐	Nessun evento imprevedibile	0
☐	Possono essere presenti uno o più eventi simultaneamente	20
☐	Evento improvviso/imprevedibile che potrebbe condurre a morte	50
TOTALE EVENTI SPECIFICI/IMPREVISTI E/O IMPREVEDIBILI		

DATI del PAZIENTE		_____		___ / ___ / ___
		(Cognome	Nome)	(Data di Nascita)
BISOGNI ASSISTENZIALI	TABELLA RIASSUNTIVA			
	Scrivere punteggio e data di accertamento			
Respirazione	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___
Alimentazione	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___
Crisi o alterato stato di coscienza	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___
Cute e integrità tissutale	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___
Mobilizzazione	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___
Continenza ed eliminazione	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___
Somministrazione farmaci	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___
Comunicazione	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___
Sonno e riposo	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___
Dolore	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___
Eventi imprevisti e/o imprevedibili	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___
TOTALE	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___	___ - __/__/___
Firma Operatore	_____	_____	_____	_____