

# PSDTA Scompenso Cardiaco

## Modulo segnalazione paziente ricoverato per scompenso cardiaco acuto

da compilare a cura del medico e da inviare tramite e-mail alla COT

([cot@aslcn2.it](mailto:cot@aslcn2.it) tel. 0172 1404949)

Dati anagrafici del paziente	
Nome e Cognome	
Data di nascita	
Numero di telefono del paziente	
Nominativo e numero di telefono del caregiver	
Medico inviante (nome, ruolo, telefono)	
MMG	

Il paziente è attualmente ricoverato per episodio acuto di scompenso cardiaco?

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO (paziente non arruolabile)
-----------------------------	--

Arruolabile in teleassistenza (Biocare)?

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO*
-----------------------------	------------------------------

\*se non arruolabile, specificarne il motivo.....  
procedere alla compilazione della seconda pagina  
[per la COT: proposta presa in carico servizio infermieristico domiciliare]

Se arruolabile in teleassistenza, indicare i parametri da considerare normali per il paziente:

Peso "secco"		Massima variazione accettabile: $\pm$	kg
Pressione arteriosa sistolica	max		min
Pressione arteriosa diastolica	max		min
Frequenza cardiaca	max		min
SatO2 minima			
Decubito (n. cuscini)			
Grado di dispnea*			

\*secondo scala mMRC (che il paziente userà poi per autovalutazione):

grado 0: ho dispnea solo per sforzi intensi

grado 1: mi manca il fiato se cammino veloce (o corro) in piano o in lieve salita

grado 2: su percorsi in piano cammino più lentamente dei miei coetanei, oppure ho necessità di fermarmi o per respirare quando cammino a passo normale

grado 3: ho necessità di fermarmi per respirare dopo aver camminato in piano per circa 100 metri o per pochi minuti

grado 4: mi manca il fiato a riposo per uscire di casa o per vestirmi/spogliarmi

Diagnosi	
Frazione di eiezione	
Classe NYHA	
Punteggio MAGGIC* (calcolabile qui: <a href="#">MAGGIC score calculator</a> )	
Indicazione potenziale a breve termine a** - impianto ICD/CRTD? - altri interventi invasivi (es rivascolarizzazione, MitraClip ecc)?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> già portatore <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Reparto e numero posto letto	
Tel. interno reparto di degenza e persona di riferimento	
Data di dimissione prevista ( $\geq 72h$ )	

\*MAGGIC  $\geq 29$ : presa in carico ambulatorio SC II livello (ospedale) – percorso “alto rischio”  
MAGGIC  $< 29$ : presa in carico ambulatorio SC I livello (territorio) – percorso “medio rischio” se punteggio 21-28; percorso “basso rischio” se punteggio 0-20  
\*\***NB** se FE  $< 35\%$  e indicazione potenziale a breve a interventi invasivi, anche con MAGGIC  $< 29$  presa in carico ambulatorio SC II livello

Allegare le DEMA per i controlli successivi secondo la seguente tabella:

	<b>ALTO rischio</b> (MAGGIC $\geq 29$ )	<b>MEDIO rischio</b> (MAGGIC 21-28)	<b>BASSO rischio</b> (MAGGIC 0-20)
Esami ematici I livello	A 15 giorni A 3 mesi A 6 mesi	A 30 giorni A 3 mesi A 6 mesi	A 3 mesi A 6 mesi
Esami ematici II livello	A 6 mesi	A 6 mesi	A 6 mesi
Visita cardiologica per scompenso cardiaco con ECG di controllo (8901.149)	A 30 giorni A 90 giorni A 6 mesi	A 3 mesi A 6 mesi	A 6 mesi
Ecocardiogramma (88.72.6)	A 3 e 6 mesi	A 3 mesi se HFrEF o valvulopatia di grado almeno moderato  Altrimenti a 6 mesi	A 6 mesi