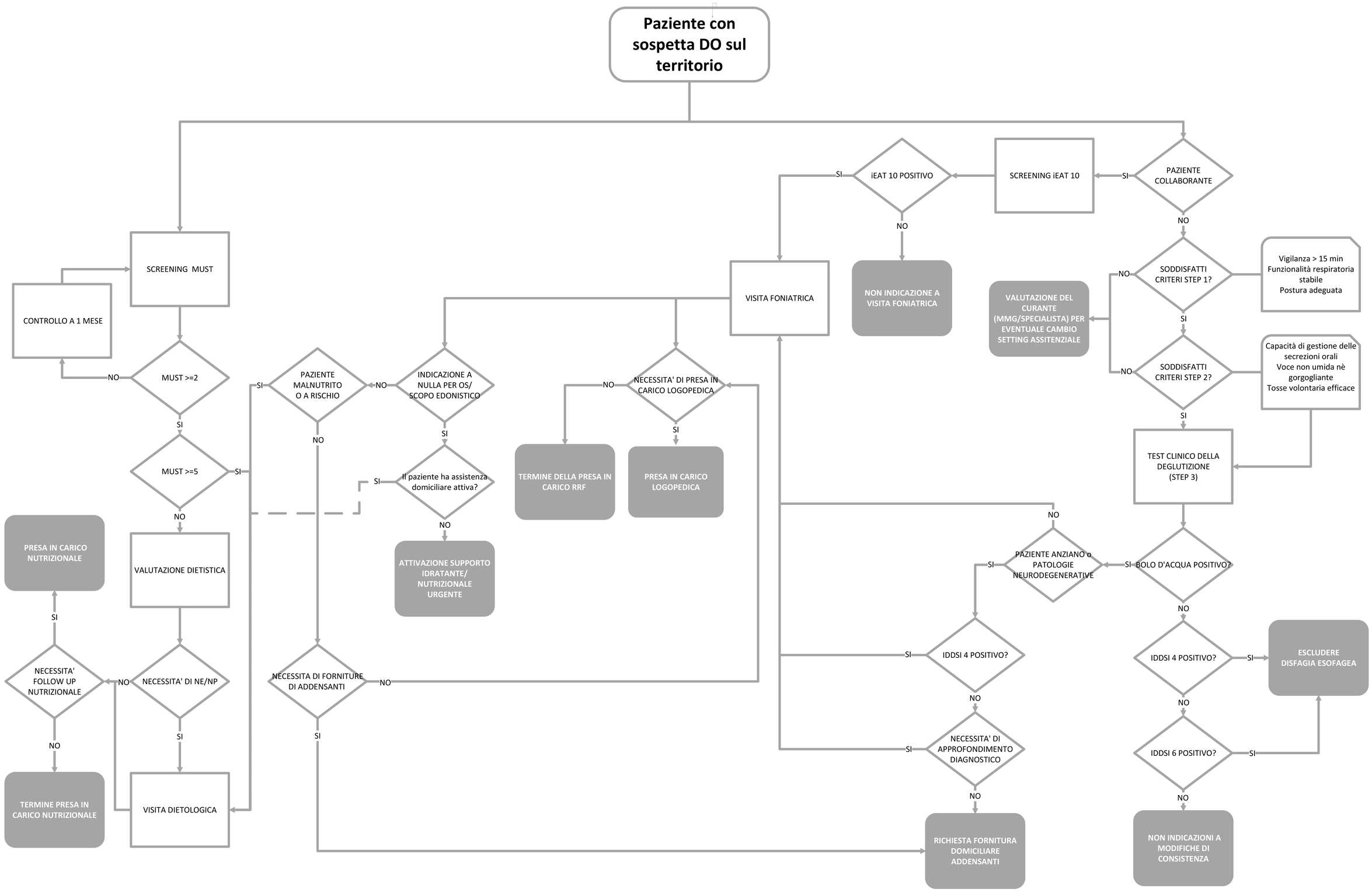
Paziente con sospetta DO sul territorio
PAZIENTE COLLABORANTE
SI
SCREENING iEAT 10
iEAT 10 POSITIVO
NO
NON INDICAZIONE A VISITA FONIATRICA
VISITA FONIATRICA
SODDISFATTI CRITERI STEP 1?
Vigilanza > 15 min
Funzionalità respiratoria stabile
Postura adeguata
VALUTAZIONE DEL CURANTE (MMG/SPECIALISTA) PER EVENTUALE CAMBIO SETTING ASSITENZIALE
SODDISFATTI CRITERI STEP 2?
Capacità di gestione delle secrezioni orali
Voce non umida nè gorgogliante
Tosse volontaria efficace
TEST CLINICO DELLA DEGLUTIZIONE (STEP 3)
BOLO D'ACQUA POSITIVO?
IDDSI 4 POSITIVO?
ESCLUDERE DISFAGIA ESOFAGEA
IDDSI 6 POSITIVO?
NON INDICAZIONI A MODIFICHE DI CONSISTENZA
PAZIENTE ANZIANO o PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE
IDDSI 4 POSITIVO?
NECESSITA' DI APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO
RICHIESTA FORNITURA DOMICILIARE ADDENSANTI
NECESSITA' DI PRESA IN CARICO LOGOPEDICA
TERMINE DELLA PRESA IN CARICO RRF
PRESA IN CARICO LOGOPEDICA
INDICAZIONE A NULLA PER OS/ SCOPO EDONISTICO
Il paziente ha assistenza domiciliare attiva?
ATTIVAZIONE SUPPORTO IDRATANTE/ NUTRIZIONALE URGENTE
PAZIENTE MALNUTRITO O A RISCHIO
NECESSITA DI FORNITURE DI ADDENSANTI
SCREENING MUST
CONTROLLO A 1 MESE
MUST >=2
MUST >=5
VALUTAZIONE DIETISTICA
NECESSITA' DI NE/NP
VISITA DIETOLOGICA
NECESSITA' FOLLOW UP NUTRIZIONALE
PRESA IN CARICO NUTRIZIONALE
TERMINE PRESA IN CARICO NUTRIZIONALE