

CIRS - Cumulative Illness Rating Scale

Nome del paziente / numero di identificazione del caso (FID) / codice a barre:	Data del rilevamento: _____
---	---------------------------------------

Basandosi sull'esame clinico del paziente e sulla documentazione presente, si valuta in quale misura ci sono interessati da danni, disturbi funzionali e limitazioni delle attività. Proceda basandosi sulla descrizione dei criteri di rating specifici al sistema organico nel manuale CIRS (www.anq.ch).

Descrizione della scala di valutazione

0. **Non c'è alcun problema**, rispettivamente un tempo ce n'era uno, ma non rilevante dal punto di vista clinico.
1. **Problema leggero**: attuale problema leggero o problema significativo in passato.
2. **Problema medio**: handicap o morbilità di grado medio e/o necessità di una terapia di prima linea.
3. **Problema grave**: problema grave e/o handicap costante e significativo e/o problemi cronici difficili da controllare (schema terapeutico complesso).
4. **Problema estremamente grave**: problema estremamente grave e/o necessità di terapia immediata e/o collasso degli organi e/o disturbo funzionale grave.

Sistema organico**Valutazione**

	Nessun problema	P. leggero	P. medio	P. grave	P. estre- mamente grave
1. Cardiaco (solamente il cuore)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Ipertensione arteriosa (valutazione ba- sata sulla gravità; le lesioni agli organi sono valutate separatamente)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Vascolare (sangue, vasi sanguigni e cellule ematiche, midollo osseo, milza, gangli)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Apparato respiratorio (polmoni, bron- chi, trachea al di sotto della laringe)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Occhi, orecchie, naso, faringe, laringe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Apparato gastro-intestinale superiore (esofago, stomaco e duodeno; pan- creas; escluso diabete)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Apparato gastro-intestinale inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Epatico (fegato e dotti biliari)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Renale (solamente i reni)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Apparato genito-urinario (ureteri, ve- scica, uretra, prostata, apparato geni- tale)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Sistema muscolo-scheletrico e cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Sistema nervoso centrale e periferico (cervello, midollo spinale, nervi; esclusa demenza)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Sistema endocrino-metabolico (com- preso diabete, tiroide; mammella; infe- zioni sistemiche; intossicazioni)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Disturbi psichici/comportamentali (com- presi demenza, depressione, ansia, agitazione/delirio, psicosi)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4