

## CIRS - Cumulative Illness Rating Scale

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

**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](http://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 morbidità 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**

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