**Segnalazione per richiesta di presa in carico in Cure Palliative**

**Verifica di congruità**

|  |  |
| --- | --- |
| **□ Hospice** (Ricovero Residenziale) | **Motivo prevalente del ricovero** |
| **□ UCP-Dom** (Assistenza Domiciliare) | CLINICO: **□** terapeutico per sintomi non controllati **□** definitivoNONCLINICO: **□** situazione sociale complessa **□** sollievo familiare |

**Dati anagrafici del paziente**

|  |
| --- |
| Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso □ M □ F |
| Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  il \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_ | Esenzione \_\_\_\_ |
| Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_ |  Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_\_ | Tel. \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Domicilio se diverso dalla residenza**: Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_ |

 Codice Fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Scolarità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Medico di famiglia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Tel. \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
| **Persona di riferimento**: | Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tel. \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| E’ stato nominato: □ Tutore | □ Amministratore di sostegno | □ Curatore  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Segnalato da:** □ Medico di famiglia □ Ambulatorio UCP **□** Ospedale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Famigliari □ Servizi sociali **□** RSA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |
| **Attualmente il paziente si trova:** □ Domicilio □ Ospedale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  □ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

 **Presenza di persone che accudiscono il paziente:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ nessuna | □ famigliari | □ badante | □ famigliari+badante □ rete amicale/vicini di casa |
| **Invalidità:****Accompagnamento: Situazione abitativa:** **Situazione economica:**  | □ sì ( \_\_\_ %)□ sì□ adeguata □ adeguata  | □ no□ no□ inadeguata□ inadeguata  | □ in accertamento□ in accertamento□ presenza barriere architettoniche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Grado di consapevolezza del paziente:** | **Grado di consapevolezza della famiglia:** |
| □ nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi | □ consapevole della diagnosi ma non della prognosi |
| □ rimuove la diagnosi e la prognosi | □ consapevole della diagnosi e della prognosi |
| □ conosce la diagnosi ma ignora la prognosi |  |
| □ consapevole della terminalità ma non dell’imminenza di morte |  |
| □ completa consapevolezza di diagnosi e prognosi |  |
| **In base al tipo di richiesta che sta facendo, chi ha scelto l’Hospice/UCP- Dom (assistenza domiciliare)?**  | □ Paziente □ Familiari □ entrambi |
| **Impossibilitato all’accesso sistematico ai servizi:**  | □ si  |  □ no |
| **Ci sono Direttive Anticipate di Trattamento (DAT)?** **E’ stato nominato un fiduciario?**  | □ sì □ sì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  □ no □ no |

**Dati clinici**

**Diagnosi:**

□ **Malattia non neoplastica** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **Neoplasia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ vie biliari | □ esofago | □ pancreas | □ testa/ collo | □ colon/retto |
| □ polmone | □ utero | □ emopoietico | □ mammella | □ prostata  |
| □ vescica | □ encefalo | □ fegato | □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |

□ **Metastasi:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ assenti | □ linfonodali | □ ossee | □ encefaliche | □ peritoneali  |
| □ epatiche | □ polmonari | □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

□ **Comorbilità:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ assenti | □ I.R. acuta | □ I.R. cronica | □ malattia psichiatrica |
| □ arteriopatia | □ BPCO | □ cirrosi | □ depressione  |
| □ diabete | □ Ictus pregresso | □ IMA pregresso | □ ipertensione □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Accertamenti recenti:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Presidi:** | □ catetere vescicale | □ Pace Maker/ ICD |
|  | □ ureterostomia/ nefrostomia | □ Port-A-Cath/ CVC/ PICC |
|  | □ SNG/PEG | □ Tracheotomia |
|  | □ NPT | □ O2 Terapia |
|  | □ colonstomia | □ medicazioni complesse |
|  |  | □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Sintomi e segni:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ agitazione | □ disuria  | □ sindrome mediastinica |
| □ anoressia | □ edemi | □ singhiozzo |
| □ ansia | □ febbre | □ sopore |
| □ astenia | □ grave insufficienza d’organo  | □ sonnolenza |
| □ cefalea | □ infezioni cutanee  | □ stipsi |
| □ coma | □ insonnia | □ tenesmo |
| □ confusione | □ ipertensione endocranica  | □ tremore  |
| □ delirio | □ lesioni da decubito  | □ tosse |
| □ depressione | □ melena | □ versamento ascitico  |
| □ diarrea | □ nausea | □ versamento pleurico  |
| □ disfagia | □ prurito  | □ vertigine |
| □ disorientamento S/T | □ rantolo | □ vomito |
| □ disidratazione | □ rischio di crisi convulsive | □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ dispnea | □ rischio di emorragia | □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Terapia in atto:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Dolore (scala numerica da 0 a 10)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |

localizzazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

irradiazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Terapia antalgica:**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Stima clinica di sopravvivenza in giorni:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ da 0 a 10 | □ fino a 30 | □ fino a 60 | □ fino a 90 | □ oltre 90 |

**Commenti:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Cognome e Nome del Proponente:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ Medico □ Famiglia □ Altro

 Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Recapito telefonico: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Data di compilazione: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Il presente modulo deve essere compilato accuratamente in ogni sua parte e consegnato direttamente all’erogatore o inviato al seguente indirizzo mail:

E-mail:

 Data di ricevimento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_