

Segnalazione per richiesta di presa in carico in Cure Palliative

Verifica di congruità

<input type="checkbox"/> Hospice (Ricovero Residenziale) <input type="checkbox"/> UCP-Dom (Assistenza Domiciliare)	Motivo prevalente del ricovero CLINICO: <input type="checkbox"/> terapeutico per sintomi non controllati <input type="checkbox"/> definitivo NON CLINICO: <input type="checkbox"/> situazione sociale complessa <input type="checkbox"/> 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 Familiari Servizi sociali
 Ospedale _____ RSA _____
 Reparto _____ Tel. _____ 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: sì (____ %) no in accertamento

Accompagnamento: sì no in accertamento

Situazione abitativa: adeguata inadeguata presenza barriere architettoniche _____

Situazione economica: adeguata inadeguata

Grado di consapevolezza del paziente:

- nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi
- rimuove la diagnosi e la 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)?

Impossibilitato all'accesso sistematico ai servizi:

Ci sono Direttive Anticipate di Trattamento (DAT)?

E' stato nominato un fiduciario?

Grado di consapevolezza della famiglia:

- consapevole della diagnosi ma non della prognosi
- consapevole della diagnosi e della prognosi

Paziente Familiari entrambi

sì no

sì no

sì _____ no

Dati clinici

Diagnosi:

Malattia non neoplastica _____

Neoplasia:

- | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vie biliari | <input type="checkbox"/> esofago | <input type="checkbox"/> pancreas | <input type="checkbox"/> testa/ collo | <input type="checkbox"/> colon/retto |
| <input type="checkbox"/> polmone | <input type="checkbox"/> utero | <input type="checkbox"/> emopoietico | <input type="checkbox"/> mammella | <input type="checkbox"/> prostata |
| <input type="checkbox"/> vescica | <input type="checkbox"/> encefalo | <input type="checkbox"/> fegato | <input type="checkbox"/> _____ | |

Metastasi:

- | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assenti | <input type="checkbox"/> linfonodali | <input type="checkbox"/> ossee | <input type="checkbox"/> encefaliche | <input type="checkbox"/> peritoneali |
| <input type="checkbox"/> epatiche | <input type="checkbox"/> polmonari | <input type="checkbox"/> _____ | | |

Comorbilità:

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> assenti | <input type="checkbox"/> I.R. acuta | <input type="checkbox"/> I.R. cronica | <input type="checkbox"/> malattia psichiatrica |
| <input type="checkbox"/> arteriopatia | <input type="checkbox"/> BPCO | <input type="checkbox"/> cirrosi | <input type="checkbox"/> depressione |
| <input type="checkbox"/> diabete | <input type="checkbox"/> Ictus pregresso | <input type="checkbox"/> IMA pregresso | <input type="checkbox"/> ipertensione |
| | | | <input type="checkbox"/> _____ |

Accertamenti recenti: _____

Presidi:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> catetere vescicale | <input type="checkbox"/> Pace Maker/ ICD |
| <input type="checkbox"/> ureterostomia/ nefrostomia | <input type="checkbox"/> Port-A-Cath/ CVC/ PICC |
| <input type="checkbox"/> SNG/PEG | <input type="checkbox"/> Tracheotomia |
| <input type="checkbox"/> NPT | <input type="checkbox"/> O2 Terapia |
| <input type="checkbox"/> colonstomia | <input type="checkbox"/> medicazioni complesse |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

Sintomi e segni:

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

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:

<input type="checkbox"/> da 0 a 10	<input type="checkbox"/> fino a 30	<input type="checkbox"/> fino a 60	<input type="checkbox"/> fino a 90	<input type="checkbox"/> 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 ____ / ____ / ____

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ATS Insubria