

## RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

### DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome _____	Nome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita ____/____/____
Sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	
Nazionalità <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Extracomunitaria <input type="checkbox"/> Unione Europea	
Stato Civile <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Coniugato/a convivente <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Non dichiarato	
Invalidità Civile <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Legge 104/1992 (allegare documentazione)	
Codice Fiscale _____	
Residenza:	
Comune _____	Frazione/Contrada _____
Via _____	n° civico _____
Domicilio:	
Comune _____	Frazione/Contrada _____
Via _____	n° civico _____
ASL di residenza _____	
Recapiti telefonici	1° rec. _____ 2° rec. _____
Familiare di riferimento (o Caregiver) Amministratore di Sostegno:	
Cognome _____	Nome _____
Recapiti telefonici	1° rec. _____ 2° rec. _____
MMG o PLS del paziente _____	
Diagnosi principale _____	
1^ diagnosi concomitante _____	
2^ diagnosi concomitante _____	
Proposta di ammissione per <input type="checkbox"/> Cure palliative specialistiche	

### MOTIVO DELLA RICHIESTA

- ☐ Controllo sintomi refrattari
- ☐ Supporto psicologico / paziente - famiglia
- ☐ Attivazione assistenza domiciliare palliativa
- ☐ Valutazione per inserimento in hospice
- ☐ Coordinamento cure in fase terminale

### TIPO DI PRESA IN CARICO RICHIESTA

- ☐ Cure palliative domiciliari
- ☐ Hospice
- ☐ Consulenza palliativa in struttura \_\_\_\_\_
- ☐ Altro (specificare): \_\_\_\_\_
- Urgenza percepita: ☐ Routine: paziente con aspettative inferiore a 60 giorni
- ☐ Breve: sintomi non controllati/problemi socio sanitari
- ☐ Urgente: sintomi non controllati

### PROVENIENZA DELLA RICHIESTA

Il paziente attualmente si trova ☐ Domicilio ☐ Ospedale ☐ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Richiesta proveniente da ☐ MMG ☐ Specialista ☐ Struttura \_\_\_\_\_

Medico referente del caso Nome e cognome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

### INFORMATIVA PRELIMINARE

Il malato è informato della diagnosi? ☐ Sì ☐ No ☐ Parzialmente

Il malato è informato della prognosi? ☐ Sì ☐ No ☐ Parzialmente

Il malato è informato sulla tipologia di struttura dove sarà ricoverato? ☐ Sì ☐ No ☐ Parzialmente

Il familiare è consapevole della diagnosi? ☐ Sì ☐ No ☐ Parzialmente

Il familiare è consapevole della prognosi? ☐ Sì ☐ No ☐ Parzialmente

Il familiare è informato sulla tipologia di struttura dove sarà ricoverato? ☐ Sì ☐ No ☐ Parzialmente

Il malato e il caregiver sono a conoscenza della tipologia della richiesta (UCPDom / Hospice?) ☐ Sì ☐ No ☐ Parzialmente

Il malato e/o il caregiver acconsentono e sottoscrivono? ☐ Sì ☐ No

### SCHEMA ANAMNESTICA

Patologia principale ☐ Oncologica ☐ Non oncologica

Presenza di metastasi ☐ Ossee ☐ Polmonari ☐ Linfonodali ☐ Epatiche

☐ Cerebrali ☐ Altro \_\_\_\_\_

Infezioni in atto ☐ Sì ☐ No

Specificare \_\_\_\_\_

Chemioterapia in corso ☐ Sì ☐ No

Specificare \_\_\_\_\_

Radioterapia in corso ☐ Sì ☐ No

Specificare \_\_\_\_\_

Intervento chirurgico correlato alla patologia principale ☐ Sì ☐ No

Specificare data e tipo di intervento \_\_\_\_\_

### TERAPIA IN CORSO

Farmaco	Dettagli Terapia
_____	_____
Farmaco	Dettagli Terapia
_____	_____
Farmaco	Dettagli Terapia
_____	_____

Farmaco \_\_\_\_\_ Dettagli Terapia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Dettagli Terapia \_\_\_\_\_

### PALLIATIVE PERFORMANCE SCORE (PPS)

	PPS (%)	Attività	Cura di sé	Assunzione cibo	Stato coscienza
<input type="checkbox"/>	100	Normale, nessun limite	Pienamente autosufficiente	Normale	Piena lucidità
<input type="checkbox"/>	90	Lieve limitazione	Pienamente autosufficiente	normale	Piena lucidità
<input type="checkbox"/>	80	Riduzione lavoro attivo	Autosufficiente	Normale / minima riduzione	Piena lucidità
<input type="checkbox"/>	70	Non lavora più	Autosufficiente	Ridotta	Piena lucidità
<input type="checkbox"/>	60	Assistito in casa	Parzialmente dipendente	Ridotta	Parzialmente lucido
<input type="checkbox"/>	50	Per lo più a letto	il Bisogno di molta assistenza	Ridotta	Confusione occasionale
<input type="checkbox"/>	40	Sempre a letto	Totalmente dipendente	Ridotta	Spesso confuso
<input type="checkbox"/>	30	Immobile	Totalmente dipendente	Minima	Confusionale
<input type="checkbox"/>	20	Completamente immobile	Minima reattività	Forzata	Soporoso
<input type="checkbox"/>	10	Moribondo	Nessuna cura possibile	Nulla	Terminale

### SCALA DEL DOLORE - NRS (NUMERIC RATING SCALE)

Indicare l'intensità del dolore percepito dal paziente su una scala da 0 a 10.

0 = Nessun dolore, 10 = Il peggior dolore immaginabile.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SINTOMI PRINCIPALI

Barrare le caselle se i sintomi indicati sono presenti nel paziente:

- |   |  |                                     |  |
|---|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Agitazione       | <input type="checkbox"/> Disfagia        | <input type="checkbox"/> Stipsi     | <input type="checkbox"/> Angoscia            |
| <input type="checkbox"/> Dispepsia        | <input type="checkbox"/> Sudorazione     | <input type="checkbox"/> Anoressia  | <input type="checkbox"/> Dispnea             |
| <input type="checkbox"/> Tosse            | <input type="checkbox"/> Ansia           | <input type="checkbox"/> Edemi      | <input type="checkbox"/> Tremori / Mioclonie |
| <input type="checkbox"/> Astenia / Fatica | <input type="checkbox"/> Emorragia       | <input type="checkbox"/> Vertigini  | <input type="checkbox"/> Cefalea             |
| <input type="checkbox"/> Febbre           | <input type="checkbox"/> Vomito / Nausea | <input type="checkbox"/> Confusione | <input type="checkbox"/> Insonnia            |
| <input type="checkbox"/> Xerostomia       | <input type="checkbox"/> Delirium        | <input type="checkbox"/> Mucosite   | <input type="checkbox"/> Depressione         |
| <input type="checkbox"/> Prurito          | <input type="checkbox"/> Diarrea         | <input type="checkbox"/> Sopore     |  |
| <input type="checkbox"/> Altro _____      |  |                                     |  |

### ALTRE PROBLEMATICHE

- ☐ Alcolismo  
☐ Tossicodipendenza \_\_\_\_\_  
☐ Problemi psichiatrici \_\_\_\_\_  
☐ No

## PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI

### Nutrizione Artificiale

Parenterale	<input type="checkbox"/> Periferica	<input type="checkbox"/> Centrale	<input type="checkbox"/> Nessuna
Enterale	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> PEJ
Catetere venoso	<input type="checkbox"/> Periferico	<input type="checkbox"/> PICC / FICC	<input type="checkbox"/> PORT / PICC PORT
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Tracheotomia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Stomie	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Drenaggi	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Medicazioni	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> Al bisogno <input type="checkbox"/> Continuativa <input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica a lungo termine <input type="checkbox"/> Non invasiva _____ <input type="checkbox"/> Invasiva _____		
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Terapia trasfusionale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

## PREVISIONE CLINICA DI SOPRAVVIVENZA

☐ Molto breve (< 7 giorni)   
 ☐ Breve (< 30 giorni)   
 ☐ Media (< 90 giorni)   
 ☐ Lunga (90 - 180 giorni)

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Firma del paziente

\_\_\_\_\_

Firma del familiare di riferimento (o caregiver)

\_\_\_\_\_

Amm.re di sostegno

\_\_\_\_\_

Tutore legale

\_\_\_\_\_

Fiduciario

\_\_\_\_\_

D.A.T.

Il modulo deve essere compilato in ogni campo ed inviato via mail a:

- [curepalliativepescara@asl.pe.it](mailto:curepalliativepescara@asl.pe.it) per presa in carico in Ambulatorio Cure Palliative o U.C.P. Dom.
- [hospice.bouganville@asl.pe.it](mailto:hospice.bouganville@asl.pe.it) per ricoveri nella U.O.C. di Hospice e Cure Palliative