

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 aspettativa inferiore a 60 giorni
 Breve: sintomi non controllati/problem socio sanitari
 Urgente: sintomi non controllati

PROVENIENZA DELLA RICHIESTA

Il paziente attualmente si trova Domicilio Ospedale Altro (specificare) _____
 Richiesta proveniente da MMG Specialisti Struttura _____
 Medico referente del caso Nome e cognome _____
 Telefono _____
 Email _____

INFORMATIVA PRELIMINARE

- Il malato è informato della diagnosi? Si No Parzialmente
 Il malato è informato della prognosi? Si No Parzialmente
 Il malato è informato sulla tipologia di struttura dove sarà ricoverato? Si No Parzialmente
 Il familiare è consapevole della diagnosi? Si No Parzialmente
 Il familiare è consapevole della prognosi? Si No Parzialmente
 Il familiare è informato sulla tipologia di struttura dove sarà ricoverato? Si No Parzialmente
 Il malato e il caregiver sono a conoscenza della tipologia della richiesta (UCPDom / Hospice?) Si No Parzialmente
 Il malato e/o il caregiver acconsentono e sottoscrivono? Si No

SCHEDA ANAMNESTICA

- Patologia principale Oncologica Non oncologica
 Presenza di metastasi Ossee Polmonari Linfonodali Epatiche
 Cerebrali Altro _____
 Infezioni in atto Si No
 Specificare _____
 Chemioterapia in corso Si No
 Specificare _____
 Radioterapia in corso Si No
 Specificare _____
 Intervento chirurgico correlato alla patologia principale Si 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	iBisogno 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"/>										

SINTOMI PRINCIPALI

Barcare 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"/> Insomnia |
| <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

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Alcolismo | |
| <input type="checkbox"/> Tossicodipendenza | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemi psichiatrici | _____ |
| <input type="checkbox"/> No | |

PROBLEMATICA ASSISTENZIALE

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 per presa in carico in Ambulatorio Cure Palliative o U.C.P. Dom.
- hospice.bouganville@asl.pe.it per ricoveri nella U.O.C. di Hospice e Cure Palliative