

RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

Modulo di segnalazione per la presa in carico in Cure Palliative

Alla Struttura Complessa Cure Palliative – ASST di Mantova

Tel: 0376 201408 Fax UCPDom 0376 201237; Fax Hospice 201417

Mail: domiciliare.palliative@asst-mantova.it

Simultaneous Care Off Therapy

- | | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hospice | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Unità di Cure palliative Domiciliare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio Cure Palliative | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Assistito: Cognome..... Nome.....

Data di Nascita Domicilio.....

Tel. del Domicilio.....

Caregiver : Cognome Nome.....

Grado di parentela Tel..... Cell.....

Patologia ONCOLOGICA

Patologia NON ONCOLOGICA

Diagnosi e breve storia clinica dell'assistito:

.....

.....

.....

Il malato è stato informato della richiesta di valutazione palliativa? **si** **no**

I familiari sono stati informati della richiesta di valutazione palliativa? **si** **no**

I familiari sono stati informati di diagnosi e prognosi? **si** **no** **parziale**

L'assistito è consapevole della diagnosi? **si** **no** **parziale**

L'assistito è consapevole della prognosi? **si** **no** **parziale**

Bisogni prevalenti dell'assistito: Clinici Psicologici Sociali

M.M.G. /P.d. F. Dr.ssa/ Dr. Tel..... Cell.....

Attualmente il paziente si trova:

Al proprio domicilio con Ricoverato presso..... dal.....

Indice Karnofsky/ECOG (punteggio) (facoltativo)

Soggetto e Struttura/Reparto inviante Tel

Data Firma dell'inviante.....

(Medico, Paziente, Familiare, Servizi Sociali)

RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

Modulo di segnalazione per la presa in carico in Cure Palliative

SCHEDA DI IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE DEL MALATO CON DEMENZA			
Data _____			
COGNOME _____ NOME _____ Nato/a il _____			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DEMENZA (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> • Criteri di gravità: incapacità a vestirsi, lavarsi o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c), incontinenza doppia (GDS/FAST 6d-e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata, 6 o meno parole intelligibili (GDS/FAST 7) (Gikobal Deterioration Scale/Function Assessment Staging Test) 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> • Criteri di progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL negli ultimi 6 mesi nonostante un intervento terapeutico adeguato (non imputabile ad una situazione acuta per processo intercorrente) o presenza di difficoltà alla deglutizione, o rifiuto del cibo, in pazienti che non riceveranno nutrizione enterale o parenterale 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo di risorse: ricoveri ripetuti (>3 in 12 mesi, per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite, etc. 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> • Setticiemia, etc. (che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo) 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

Medico dr. _____