

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 MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA OSTRUTTIVA			
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 DI MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)			
• Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
• Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
• Nel caso si disponga dei test respiratori, criteri di ostruzione severa: FEV1 <30% o criteri di deficit restrittivo severo: CV forzata <40%, DLCO <40%	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
• Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa: presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
• Insufficienza cardiaca sintomatica	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
• Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)	<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. _____