

## 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](mailto: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

<b>SCHEDA DI IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE DEL MALATO EPATOPATICO CRONICO GRAVE</b>			
Data _____			
COGNOME _____ NOME _____ Nato/a il _____			
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
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	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE</b> (presenza di <b>UNO o più</b> dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirrosi avanzata Child C (determinato in assenza di complicanze o dopo trattamento ottimale), MELD-Na score &gt;30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite refrattaria, sindrome epatorenale o emorragia digestiva alta da ipertensione portale con fallimento del trattamento farmacologico ed endoscopico e assenza di indicazioni per trapianto o TIPS</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Carcinoma epatocellulare: presente in stadio C o D (Barcellona Clinic Liver Cancer)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSE STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

Medico dr. \_\_\_\_\_