

## 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 NEUROLOGICO CRONICO</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	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: SNG/PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE NON INVASIVA	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE INVASIVA/TRACHEO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE: SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON</b> (presenza di <b>DUE</b> o più dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomi complessi e di difficile controllo</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfagia progressiva</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

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