

Segnalazione per richiesta di presa in carico in Cure Palliative

Verifica di congruità

<input type="checkbox"/> Hospice (Ricovero Residenziale)	Motivo prevalente del ricovero
<input type="checkbox"/> UCP-Dom (Assistenza Domiciliare)	
CLINICO: <input type="checkbox"/> terapeutico per sintomi non controllati <input type="checkbox"/> definitivo NON CLINICO: <input type="checkbox"/> situazione sociale complessa <input type="checkbox"/> sollievo familiare	

Dati anagrafici del paziente

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 Nato a _____ il ___/___/___ Esenzione ____
 Residenza _____ Prov. ___ Via _____ N° ____ Tel. ___/___

Domicilio se diverso dalla residenza: Città _____ Prov. ____ Via _____ N° ____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stato civile _____ Professione _____ Scolarità _____
 Medico di famiglia: _____ Tel. ___/___ Cell. _____

Persona di riferimento: Cognome _____ Nome _____
 Grado di parentela _____ Tel. ___/___ Cell. _____
 E' stato nominato: Tutore Amministratore di sostegno Curatore

Segnalato da: Medico di famiglia Ambulatorio UCP Familiari Servizi sociali
 Ospedale _____ RSA _____
 Reparto _____ Tel. _____ altro _____

Attualmente il paziente si trova: Domicilio Ospedale _____
 altro _____ Reparto _____ Tel. _____

Presenza di persone che accudiscono il paziente:

nessuna familiari badante familiari+badante rete amicale/vicini di casa

Invalidità: sì (___ %) no in accertamento

Accompagnamento: sì no in accertamento

Situazione abitativa: adeguata inadeguata presenza barriere architettoniche _____

Situazione economica: adeguata inadeguata

Grado di consapevolezza del paziente:

nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi
 rimuove la diagnosi e la prognosi
 conosce la diagnosi ma ignora la prognosi
 consapevole della terminalità ma non dell'imminenza di morte
 completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

Grado di consapevolezza della famiglia:

consapevole della diagnosi ma non della prognosi
 consapevole della diagnosi e della prognosi

In base al tipo di richiesta che sta facendo, chi ha scelto l'Hospice/UCP-Dom (assistenza domiciliare)? Paziente Familiari entrambi
Impossibilitato all'accesso sistematico ai servizi: sì no

Ci sono Direttive Anticipate di Trattamento (DAT)? sì no
E' stato nominato un fiduciario? sì _____ no

Dati clinici

Diagnosi:

- Malattia non neoplastica** _____
 Neoplasia:
 vie biliari esofago pancreas testa/ collo colon/retto
 polmone utero emopoietico mammella prostata
 vescica encefalo fegato _____
 Metastasi:
 assenti linfonodali ossee encefaliche peritoneali
 epatiche polmonari _____
 Comorbilità:
 assenti I.R. acuta I.R. cronica malattia psichiatrica
 arteriopatia BPCO cirrosi depressione
 diabete Ictus pregresso IMA pregresso ipertensione _____

Accertamenti recenti: _____

Presidi:

- catetere vescicale Pace Maker/ ICD
 ureterostomia/ nefrostomia Port-A-Cath/ CVC/ PICC
 SNG/PEG Tracheotomia
 NPT O2 Terapia
 colostomia medicazioni complesse

Sintomi e segni:

- agitazione disuria sindrome mediastinica
 anoressia edemi singhiozzo
 ansia febbre sopore
 astenia grave insufficienza d'organo sonnolenza
 cefalea infezioni cutanee stipsi
 coma insonnia tenesmo
 confusione ipertensione endocranica tremore
 delirio lesioni da decubito tosse
 depressione melena versamento ascitico
 diarrea nausea versamento pleurico
 disfagia prurito vertigine
 disorientamento S/T rantolo vomito
 disidratazione rischio di crisi convulsive _____
 dispnea rischio di emorragia _____

Terapia in atto: _____

Dolore (scala numerica da 0 a 10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

localizzazione: _____

irradiazione: _____

Terapia antalgica: _____



Stima clinica di sopravvivenza in giorni:

<input type="checkbox"/> da 0 a 10	<input type="checkbox"/> fino a 30	<input type="checkbox"/> fino a 60	<input type="checkbox"/> fino a 90	<input type="checkbox"/> oltre 90
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Commenti: _____

Cognome e Nome del Proponente: _____		
<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Famiglia	<input type="checkbox"/> Altro
Firma: _____		
Recapito telefonico: _____ / _____		
Data di compilazione: ___ / ___ / ___		

Il presente modulo deve essere compilato accuratamente in ogni sua parte e consegnato direttamente all'erogatore (Segreteria UCP-Dom dell'Ospedale Valduce, dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 15:30, al 3 piano B) o inviato all'indirizzo mail: astcp@valduce.it o inviato via fax al numero 031324017.

Data di ricevimento ___ / ___ / ___
(a carico dell'erogatore)