

RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

Modulo di segnalazione per la presa in carico in Cure Palliative

Ospedale di Suzzara Spa

Tel: 0376 5171 - 0376 517120

Mail: adi-ucp-dom@ospedaledisuzzara.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 COLPITO DA STROKE 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 STROKE (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase acuta e subacuta (<3 mesi post-stroke): stato vegetativo persistente o di minima coscienza >3 giorni 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase cronica (>3 mesi post-stroke): complicanze mediche ripetute (polmonite ab ingestis, nonostante misure antidisfagia), pielonefriti (>1), febbre ricorrente nonostante terapia antibiotica (febbre persistente dopo 7 giorni di terapia) 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> • Antibioticoterapia per più di 7 giorni, lesioni da decubito persistenti in stadio III-IV o demenza severa post-stroke 	<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. _____