

## 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

	<b>Simultaneous Care</b>	<b>Off Therapy</b>
--	--------------------------	--------------------

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <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 NEFROPATICO 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	
VOLONTÀ ESPRESSA DAL PAZIENTE E DAL CARE-GIVER/FAMIGLIARI: PROSECUZIONE DIALISI	<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 RENALE CRONICA GRAVE</b> (richiede la presenza di <b>un solo</b> criterio)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insufficienza renale grave (FG &lt;15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati</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. \_\_\_\_\_