

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 NEUROLOGICO CRONICO			
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	
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	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE: SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> Sintomi complessi e di difficile controllo 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> Disfagia progressiva 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria 	<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. _____