

## RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

### Modulo di segnalazione per la presa in carico in Cure Palliative

Ospedale Montecchi Srl

Tel: 0376 5171 - 0376 517120

Mail: adi.montecchi@mantovasalus.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 CON MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA OSTRUTTIVA

Data \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

#### 1. DOMANDA SORPRENDENTE

SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?  NO  SÌ

#### 2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE

VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI  SÌ  NO

RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE  SÌ  NO

#### 3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIA POLMONARE

**OSTRUTTIVA** (presenza di **DUE o più** dei seguenti criteri)

• Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia  SÌ  NO

• Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato  SÌ  NO

• Nel caso si disponga dei test respiratori, criteri di ostruzione severa: FEV1 <30% o criteri di deficit restrittivo severo: VC forzata <40%, DLCO <40%  SÌ  NO

• Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa: presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso  SÌ  NO

• Insufficienza cardiaca sintomatica  SÌ  NO

• Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)  SÌ  NO

4. **PROGNOSI STIMATA**  <30 giorni  <3 mesi  >3 mesi

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