

## 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

| <b>SCHEDA DI IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE DEL MALATO COLPITO DA STROKE</b><br>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      |                                  |
| RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE   | <input type="checkbox"/> SÌ         | <input type="checkbox"/> NO      |                                  |
| <b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE STROKE</b> (presenza di <b>UNO o più</b> dei seguenti criteri)  |                                     |                                  |                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante la fase acuta e subacuta (&lt;3 mesi post-stroke): stato vegetativo persistente o di minima coscienza &gt;3 giorni</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> SÌ         | <input type="checkbox"/> NO      |                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante la fase cronica (&gt;3 mesi post-stroke): complicanze mediche ripetute (polmonite ab ingestis, nonostante misure antidisfagia), pielonefriti (&gt;1), febbre ricorrente nonostante terapia antibiotica (febbre persistente dopo 7 giorni di terapia)</li> </ul> | <input type="checkbox"/> SÌ         | <input type="checkbox"/> NO      |                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotico terapia per più di 7 giorni, lesioni da decubito persistenti in stadio III-IV o demenza severa post-stroke</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. \_\_\_\_\_