Al PUA del Distretto di _____

All'U.O. Cure Palliative Salemi.

Sistema Sanitario Nazionale

Regione Siciliana

Via Mazzini 1 - 91100 Trapani
Tel 0923 805111 - fax 0923 873745
Codice Fiscale - P. IVA 02363280815

ALL. 1

li/ La Sottoscritto/a _____

In qualità di* _____

Reperibile al seguente indirizzo: _____

Città _____

Recapiti telefonici _____

CHIEDE LA PRESA IN CARICO PER :

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

RICOVERO IN HOSPICE

Per il/la paziente _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Cod. Fisc. Recapito telefonico _____

Si specifica che il MMG dell'assistito/a è il Dott** _____

Reperibile al seguente indirizzo: _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Si allega scheda clinica (ALL. 2)

Firma e timbro del MMG/MEDICO CURANTE ***

Firma del Richiedente

DATA _____

*specificare rapporto di parentela o conoscenza con il paziente o se MMG o altro sanitario;

**qualora fosse diverso dal richiedente;

***per Medico Curante si indica il Sanitario che ha in cura il Paziente.

AI PUA del Distretto di _____
All'U.O. Cure Palliative Salemi

Sistema Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Via Mazzini 1 - 91100 Trapani
Tel 0923 805111 - fax 0923 873745
Codice Fiscale - P. IVA 02363280815

ASSETTO SANITARIO COMUNICAZIONE

ALL. 2 **SCHEDA CLINICA PER PRESA IN CARICO PER LE CURE PALLIATIVE**
A CURA DEL MEDICO CURANTE (Med. Curante è il Medico che ha in cura il paziente)
N.B. IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN MANIERA COMPLETA

Cognome _____ Nome _____ Data nascita _____

Diagnosi: _____

Luogo e data ultimo ricovero _____

Esami ematochimici alterati: _____

In caso di neoplasia: Terapia chirurgica e/o chemioterapie e/o radioterapie praticate, etc. _____

Sede/i di metastasi _____

VALUTAZIONE PERFORMANCE-STATUS SECONDO KARNOFSKY (KPS)

ATTIVITÀ LAVORATIVA	ATTIVITÀ QUOTIDIANA	CURA PERSONALE	SINTOMI SUPPORTO SANITARIO	
Completa	Completa	Completa	Nessuno	100
Lieve difficoltà	Lieve difficoltà a camminare	Completa	Segni/sintomi "minori" (*1) ± calo ponderale ≤ 5% ± calo energie	90
Difficoltà lieve → grave	Difficoltà lieve → moderata a camminare e/o guidare	Lieve difficoltà	"Alcuni" segni/sintomi (*2) ± calo ponderale ≤ 10% ± moderata ↓ energie	80
Inabile	Difficoltà moderata (si muove prevalentemente a casa)	Moderata difficoltà	"Alcuni" segni/sintomi (*2) ± moderata ↓ energie	70
	Grave difficoltà a camminare e/o guidare	Difficoltà moderata → grave	Segni/sintomi "maggiori" (*3) ± grave calo ponderale ≤ 10%	60
	Alzato per più 50% ore del giorno	Grave difficoltà	Supporto sanitario frequente (pz ambulatoriale)	50
	A letto per più 50% ore del giorno	Limitata cura di sé	Assistenza sanitaria straordinaria (per frequenza e tipo di interventi)	40
	Inabile	Inabile	Indicazione al ricovero od ospedalizzazione a domicilio (supporto sanitario molto intenso)	30
	(*1) SALTUARI Non condizionanti il supporto terapeutico continuativo (*2) SALTUARI O COSTANTI Condizionanti spesso il supporto terapeutico (*3) COSTANTI O INVALIDANTI Condizionanti il supporto terapeutico		Grave compromissione di una o più funzioni organiche vitali irreversibili	20
			Rapida progressione dei processi biologici mortali	10
			Decesso	0

STATO DI COSCIENZA E CONSAPEVOLEZZA

Stato di coscienza:	Vigile e attento	Assopito	Soporoso	Coma	Stato vegetativo
Stato di consapevolezza della malattia da parte del paziente:	Non so	completa consapevolezza	consapevole della diagnosi ma non della prognosi	consapevolezza nel complesso dubbia	consapevolezza assente
Stato di consapevolezza della malattia da parte della famiglia:	Non so	completa consapevolezza	consapevole della diagnosi ma non della prognosi	consapevolezza nel complesso dubbia	consapevolezza assente

DOLORE NO SI Se la risposta è SI , compilar e il campo sottostante

Da quanto tempo il Paziente accusa dolore? _____

Sede e caratteristiche del dolore _____

Indicare l'intensità del dolore al momento della valutazione : segnare con una X il numero corrispondente all'intensità nella SCALA NRS a 11 punti (0= nessun dolore; 10= massimo dolore)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Indicare la massima intensità del dolore nei tre giorni precedenti la valutazione : segnare con una X il numero corrispondente all'intensità nella SCALA NRS a 11 punti (0= nessun dolore; 10= massimo dolore)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

TERAPIA PRATICATA : segnare con una X la classe di farmaci

Farmaci non oppiacei	Oppiacei minori		Oppiacei maggiori	
Paracetamolo	Codeina	Tramadolo	Morfina	Ossicodone
FANS	Diidrocodeina	Tapentadolo	Idromorfone	Metadone
ALTRO :			Bupreorfinina	Fentanyl

Specificare se la Terapia è praticata: AL BISOGNO AD ORARI PROGRAMMATI

NUTRIZIONE

COME SI NUTRE IL PAZIENTE?	☐	Autonomamente	PARENTERALE		
	☐	Con aiuto per bocca			
	NUTRIZIONE ENTERALE				
	☐	Attraverso SNG		☐	Tramite il sistema Port-a-cath
	☐	Attraverso PEG		☐	Tramite catetere venoso centrale
			☐	Tramite PICC	
			☐	Altro	

VENTILAZIONE

Ventilazione	Regolare	Meccanica non invasiva	Ventilatore meccanico
Respirazione	Regolare	Dispnea lieve	Dispnea grave

ALVO E DIURESI

Diuresi		Regolare		Oliguria lieve		Oliguria grave		Anuria	
Incontinenza urinaria	NO	SI	Pannoloni	Urostomia	Cateterismo ad intermittenza	Catetere esterno o condom	Catetere a dimora		
Incontinenza fecale	NO	SI	Pannoloni	Enterostomia					

LESIONI CUTANEE

Il paziente presenta piaghe da decubito o altre lesioni cutanee? NO SI

Se SI specificare:

SEDE :

STADIO :

<u>1°</u>	<u>2°</u>	<u>3°</u>	<u>4°</u>
-----------	-----------	-----------	-----------

LEGENDA : I° Stadio: infiammazione e distruzione epidermide;
 II° Stadio: distruzione del derma;
 III° Stadio: distruzione del sottocute e del pannicolo adiposo;
 IV° Stadio: necrosi dei muscoli, dell'osso e del periostio.

INDICAZIONI GENERALI E SOCIALI

Attesa di vita presunta	< 1 settimana	< 2 mesi	> 2 mesi ma meno di 6	6 mesi o più
-------------------------	---------------	----------	-----------------------	--------------

Il Paziente vive da solo?	☐ SI	☐ NO	Se è NO con chi vive?		
			☐	Con il coniuge	
			☐	Con i figli	
			☐	Con la badante	
			☐	Con altri	
Il Paziente è assistito tutto il giorno?	☐ SI nelle 24h	☐ Solo di giorno	☐ Solo di notte	☐ In modo discontinuo	
Da chi è assistito?	☐ Coniuge	☐ Figli	☐ Badante	☐ Servizi Sociali Comunali	☐ Altri

DATA _____

Timbro e firma e del Medico Curante^(*)
 (*)MMG o Medico Ospedaliero