

**Segnalazione per richiesta di presa in carico in Cure Palliative**

**Verifica di congruità**

**Dati anagrafici del paziente**

Codice Fiscale:

|  |  |
| --- | --- |
| **□ Hospice** (Ricovero Residenziale) | **Motivo prevalente del ricovero** |
| **□ UCP-Dom** (Assistenza Domiciliare) | CLINICO: **□** terapeutico per sintomi non controllati **□** definitivo NON CLINICO: **□** situazione sociale complessa **□** sollievo familiare |

|  |
| --- |
| Cognome Nome \_ Sesso □ M □ F |
| Nato a  | il \_ / / \_ | Esenzione  |
| Residenza Prov. \_ | Via \_ N°  | Tel. /  |
| **Domicilio se diverso dalla residenza**: Città Prov. \_ Via N°  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stato civile \_ | Professione  | Scolarità  |
| Medico di famiglia:  | Tel. \_ /  | Cell. \_ |
| **Persona di riferimento**: | Cognome  | Nome  |
| Grado di parentela \_ | Tel. \_ /  | Cell. \_ |
| E’ stato nominato: □ Tutore | □ Amministratore di sostegno | □ Curatore |

|  |  |
| --- | --- |
| **Segnalato da:** □ Medico di famiglia □ Ambulatorio UCP**□** Ospedale \_ Reparto \_ Tel. \_ | □ Famigliari □ Servizi sociali**□** RSA □ altro  |
| **Attualmente il paziente si trova:** □ Domicilio □ Ospedale Reparto Tel.  |
| □ altro  |

**Presenza di persone che accudiscono il paziente:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ nessuna | □ famigliari | □ badante | □ famigliari + badante □ rete amicale/vicini di casa |
| **Invalidità: Accompagnamento:****Situazione abitativa: Situazione economica:** | □ sì (\_\_\_\_\_%)* sì
* adeguata
* adeguata
 | * no
* no
* inadeguata
* inadeguata
 | * in accertamento
* in accertamento
* presenza barriere architettoniche
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Grado di consapevolezza del paziente:** | **Grado di consapevolezza della famiglia:** |
| □ nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi | □ consapevole della diagnosi ma non della prognosi |
| □ rimuove la diagnosi e la prognosi | □ consapevole della diagnosi e della prognosi |
| □ conosce la diagnosi ma ignora la prognosi |  |  |
| □ consapevole della terminalità ma non dell’imminenza di morte |  |  |
| □ completa consapevolezza di diagnosi e prognosi |  |  |
| **In base al tipo di richiesta che sta facendo, chi ha scelto l’Hospice/UCP- Dom (assistenza domiciliare)?** | □ Paziente □ Familiari □ entrambi |
| **Impossibilitato all’accesso sistematico ai servizi:** | □ si | □ no |
| **Ci sono Direttive Anticipate di Trattamento (DAT)? E’ stato nominato un fiduciario?** | □ sì□ sì  | * no
* no
 |

**Dati clinici**

**Diagnosi:**

* **Malattia non neoplastica** \_
* **Neoplasia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ vie biliari | □ esofago | □ pancreas | □ testa/ collo | □ colon/retto |
| □ polmone | □ utero | □ emopoietico | □ mammella | □ prostata |
| □ vescica | □ encefalo | □ fegato | □  |  |

* **Metastasi:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ assenti | □ linfonodali | □ ossee | □ encefaliche | □ peritoneali |
| □ epatiche | □ polmonari | □  |  |  |

* **Comorbilità:**

□ assenti □ I.R. acuta □ I.R. cronica □ malattia psichiatrica

□ arteriopatia □ BPCO □ cirrosi □ depressione

□ diabete □ Ictus pregresso □ IMA pregresso □ ipertensione □

|  |
| --- |
| **Accertamenti recenti:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   |
| **Presidi:** | □ catetere vescicale | □ Pace Maker / ICD |
|  | □ ureterostomia/ nefrostomia | □ Port-A-Cath/ CVC/ PICC |
|  | □ SNG/PEG | □ Tracheotomia |
|  | □ NPT | □ O2 Terapia |
|  | □ colonstomia | □ medicazioni complesse |
|  |  | □  |

**Sintomi e segni:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ agitazione | □ disuria | □ sindrome mediastinica |
| □ anoressia | □ edemi | □ singhiozzo |
| □ ansia | □ febbre | □ sopore |
| □ astenia | □ grave insufficienza d’organo | □ sonnolenza |
| □ cefalea | □ infezioni cutanee | □ stipsi |
| □ coma | □ insonnia | □ tenesmo |
| □ confusione | □ ipertensione endocranica | □ tremore |
| □ delirio | □ lesioni da decubito | □ tosse |
| □ depressione | □ melena | □ versamento ascitico |
| □ diarrea | □ nausea | □ versamento pleurico |
| □ disfagia | □ prurito | □ vertigine |
| □ disorientamento S/T | □ rantolo | □ vomito |
| □ disidratazione | □ rischio di crisi convulsive | □  |
| □ dispnea | □ rischio di emorragia | □  |

|  |
| --- |
| **Terapia in atto:** \_ |
|  |
|  |

**Dolore (scala numerica da 0 a 10)**

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

localizzazione: irradiazione:

|  |  |
| --- | --- |
| **Terapia antalgica:** |   |
|  |  \_ |

**Stima clinica di sopravvivenza in giorni:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ da 0 a 10 | □ fino a 30 | □ fino a 60 | □ fino a 90 | □ oltre 90 |

**Commenti:** \_

Cognome e Nome del Proponente:

□ Medico

□ Famiglia

□ Altro

Firma:

Recapito telefonico: /

Data di compilazione: / /

**Il presente modulo deve essere compilato accuratamente in ogni sua parte e consegnato direttamente all’erogatore o inviato al seguente indirizzo mail:** **hospice.como@paxme.com**

**Per informazioni: tel. 031/4491185**

 **Fax 031/4491311**

Data di ricevimento / \_\_\_ / \_\_