

**Modello per l'attivazione delle cure palliative per gli utenti RESIDENTI nel territorio della ASL ROMA 2**  
(da compilare a cura del medico di medicina generale, medico ospedaliero, medico specialista del SSN)

**DATA DELLA RICHIESTA** \_\_\_\_\_

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_ M  F

**LUOGO E DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_

**DOMICILIATO IN VIA/P.ZZA** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_

**RESIDENZA** ( se diversa dal domicilio) \_\_\_\_\_

**ASL DI RESIDENZA** \_\_\_\_\_ **DISTRETTO** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**La richiesta è per:** Hospice residenziale  Unità di Cure Palliative domiciliare (UCP)

Obiettivi di cura : controllo dei sintomi  supporto alla famiglia

**Provenienza della Richiesta**

**IL PAZIENTE ATTUALMENTE SI TROVA:**  domicilio  ospedale  altro (specificare) \_\_\_\_\_

Richiesta proveniente da:  Struttura sanitaria  MMG  Medico Specialista

Tipo struttura di provenienza  
Ospedale/Reparto \_\_\_\_\_

Medico referente per informazioni \_\_\_\_\_ **Recapito telefonico** \_\_\_\_\_

**Informazione preliminare**

Il malato è consapevole della diagnosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Parzialmente	<input type="checkbox"/> NO
Il malato è consapevole della prognosi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Parzialmente	<input type="checkbox"/> NO
Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Parzialmente	<input type="checkbox"/> NO
Il familiare/referente è consapevole della diagnosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Parzialmente	<input type="checkbox"/> NO
Il familiare/referente è consapevole della prognosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Parzialmente	<input type="checkbox"/> NO
Il familiare/referente è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Parzialmente	<input type="checkbox"/> NO
Il Paziente e/o il familiare/referente sono stati chiaramente informati che è stata fatta la proposta di attivazione delle cure palliative domiciliari o per l'hospice residenziale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Parzialmente	<input type="checkbox"/> NO
Il Paziente e/o Familiare acconsentono e sottoscrivono?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

**Centri di Cure Palliative prescelti** (segnalare fino a un massimo di 4 strutture di preferenza del paziente e famiglia)

1		
2		
3		
4		

**Scheda Medica**

Patologia principale  Oncologica  Non oncologica

Specificare la patologia \_\_\_\_\_ (codice ICDM9) \_\_\_\_\_

Specificare la recidiva \_\_\_\_\_ (codice ICDM9) \_\_\_\_\_

Specificare eventuali metastasi \_\_\_\_\_ (codice ICDM9) \_\_\_\_\_

Infezioni in atto? (se si specificare)  NO  SI \_\_\_\_\_

Il paziente è in trattamento con finalità palliative?  NO  SI (se si specificare quale tipo e durata)

TIPO \_\_\_\_\_ Farmaci \_\_\_\_\_

**Precedenti trattamenti attuati:**

Chirurgia  Chemioterapia  Radioterapia  Nessuno  Altro \_\_\_\_\_

**Terapia in atto**

Farmaco	

**Altre patologie rilevanti (ICDM9)**


**Indice di Karnofsky**

<input type="checkbox"/>	100	Paziente in salute	<input type="checkbox"/>	50	Paziente che richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata
<input type="checkbox"/>	90	Paziente con segni e sintomi di malattia tali da permettere un'attività lavorativa normale	<input type="checkbox"/>	40	Paziente inabile richiede cure continue, allettato per più del 50% del giorno
<input type="checkbox"/>	80	Paziente che svolge un'attività normale ma con fatica	<input type="checkbox"/>	30	Paziente con indicazione a ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio; supporto domiciliare intenso
<input type="checkbox"/>	70	Paziente incapace di lavorare ma può badare a sé stesso	<input type="checkbox"/>	20	Paziente con gravi compromissioni di funzione di organo (una o più) irreversibili
<input type="checkbox"/>	60	Paziente incapace di lavorare e richiede assistenza per camminare	<input type="checkbox"/>	10	Paziente moribondo

**DOLORE**

Intensità in scala numerica (NRS) 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sede del dolore (specificare)

**SINTOMI PRINCIPALI (barrare le caselle se compaiono i sintomi indicati)**

<input type="checkbox"/> Agitazione	<input type="checkbox"/> Angoscia	<input type="checkbox"/> Anoressia	<input type="checkbox"/> Ansia
<input type="checkbox"/> Astenia/Fatica	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Confusione	<input type="checkbox"/> Delirium
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Dispepsia
<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Edemi	<input type="checkbox"/> Emorragia	<input type="checkbox"/> Febbre
<input type="checkbox"/> Insonnia	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Sopore
<input type="checkbox"/> Stipsi	<input type="checkbox"/> Sudorazione	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Tremori/Mioclonie
<input type="checkbox"/> Vertigini	<input type="checkbox"/> Vomito/Nausea	<input type="checkbox"/> Xerostomia	<input type="checkbox"/> Altro

Se altro, specificare

Altre problematiche Alcolismo  Tossicodipendenza  Patologia psichiatrica

### Problematiche assistenziali

Nutrizione artificiale	Parenterale	Periferica <input type="checkbox"/>	Catetere venoso centrale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
		Centrale <input type="checkbox"/>		Stomie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Nessuna <input type="checkbox"/>			Drenaggi	SI <input type="checkbox"/>
	Enterale	SNG <input type="checkbox"/>	Medicazioni	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
		PEJ <input type="checkbox"/>		Lesioni da pressione		SI <input type="checkbox"/>
PEG <input type="checkbox"/>		Terapia trasfusionale			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nessuna <input type="checkbox"/>	Altro		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Ossigeno terapia	Al bisogno <input type="checkbox"/>	Non invasiva <input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Continuativa <input type="checkbox"/>					
	Nessuna <input type="checkbox"/>					
Ventilazione meccanica a lungo termine	Invasiva <input type="checkbox"/>	Nessuna <input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Non invasiva <input type="checkbox"/>					
	Nessuna <input type="checkbox"/>					

### Previsione clinica di sopravvivenza

Molto breve < 7 giorni <input type="checkbox"/>	Breve < 30 giorni <input type="checkbox"/>	Media < 90 giorni <input type="checkbox"/>	Lunga > 90 < 180 giorni <input type="checkbox"/>
---	--	--	--

### Dati del/dei Familiari di riferimento

Cognome _____	Nome _____
Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, o altro familiare) _____	
Indirizzo _____	
Telefoni fisso e cellulare _____	
Altre persone di sostegno _____	
<b>Piano Assistenziale Individuale</b> (barrare i bisogni individuati al momento della richiesta)	
<input type="checkbox"/> Controllo del dolore	<input type="checkbox"/> Controllo sintomi psicocomportamentali (angoscia, agitazione, delirium, etc...)
<input type="checkbox"/> Controllo dispnea	<input type="checkbox"/> Controllo sintomi gastroenterici (nausea, vomito, subocclusione, etc...)
<input type="checkbox"/> Medicazioni complesse	<input type="checkbox"/> Gestione fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee etc..
<input type="checkbox"/> Supporto trasfusionale	<input type="checkbox"/> Sedazione terminale
<input type="checkbox"/> Ascolto/supporto al paziente e famiglia	<input type="checkbox"/> Accudimento del paziente per autonomia ridotta o assente
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	

### Situazione sociale

Convivente con malattie invalidanti	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Minori a carico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Convivente con problemi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Persona sola	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Convivente alcolista	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Problematiche familiari sociali	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Convivente tossicodipendente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Abitazione non idonea	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

### Ruolo dei familiari

<input type="checkbox"/> costante e attivo	<input type="checkbox"/> parzialmente attivo	<input type="checkbox"/> occasionale, su richiesta	<input type="checkbox"/> inconsistente
--	--	--	--

II MEDICO RICHIEDENTE (Firma e Timbro) \_\_\_\_\_

Codice prescrittore \_\_\_\_\_