



Segnalazione per richiesta di presa in carico in Cure Palliative

Verifica di congruità

Form section for Hospice/UCP-Dom and Motivo prevalente del ricovero (CLINICO/NON CLINICO)

Form section for Dati anagrafici del paziente (Cognome, Nome, Sesso, etc.)

Form section for Segnalato da (Medico di famiglia, Ambulatorio UCP, etc.)

Form section for Attualmente il paziente si trova (Domicilio, Ospedale, etc.)

Form section for Presenza di persone che accudiscono il paziente

Form section for Invalidità, Accompagnamento, Situazione abitativa, and Situazione economica

Form section for Grado di consapevolezza del paziente

Form section for Grado di consapevolezza della famiglia

Form section for In base al tipo di richiesta che sta facendo, chi ha scelto l'Hospice/UCP-Dom

Form section for Ci sono Direttive Anticipate di Trattamento (DAT)?



Dati clinici

Diagnosi:

- Diagnosi: Malattia non neoplastica, Neoplasia (vie biliari, polmone, vescica, esofago, utero, encefalo, pancreas, emopoietico, fegato, testa/collo, mammella, colon/retto, prostata), Metastasi (assenti, epatiche, linfonodali, polmonari, ossee, encefaliche, peritoneali), Comorbidità (assenti, arteriopatia, diabete, I.R. acuta, BPCO, Ictus pregresso, I.R. cronica, cirrosi, IMA pregresso, malattia psichiatrica, depressione, ipertensione)

Accertamenti recenti:

- Presidi: catetere vescicale, ureterostomia/nefrostomia, SNG/PEG, NPT, colonstomia, Pace Maker/ICD, Port-A-Cath/CVC/PICC, Tracheotomia, O2 Terapia, medicazioni complesse

Sintomi e segni:

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

Terapia in atto:

Dolore (scala numerica da 0 a 10)

Table with 11 columns representing pain scale from 0 to 10.

localizzazione: irradiazione:

Terapia antalgica:



Stima clinica di sopravvivenza in giorni:

<input type="checkbox"/> da 0 a 10	<input type="checkbox"/> fino a 30	<input type="checkbox"/> fino a 60	<input type="checkbox"/> fino a 90	<input type="checkbox"/> 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: [odcp@asst-valleolona.it](mailto:odcp@asst-valleolona.it)

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

**SCHEDA COLLOQUIO (a cura del personale UCP)**

DATA COLLOQUIO ..... SEGNALATO DA ..... il ..... RICHIESTA ACCOLTA IL .....

NOME E COGNOME .....

**FAMILIARI DI RIFERIMENTO**

Nome e cognome	Telefono	Convive	Grado di parentela	Ruolo assistenziale
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

KPS ..... ECOG .....

**ANNOTAZIONI SOCIO ASSISTENZIALI**

Vive solo  Vive con i familiari (N° ..... )  Supporto di giorno-notte  Seguito 24/24 da familiare  Seguito 24/24 da assistente

Persone che collaborano nell'assistenza .....

**SUPPORTO SOCIALE:**  presenza  presenza parziale  assenza

**SCALE DI VALUTAZIONE**

AUTONOMIA (scala IADL):  autonomo  parzialmente dipendente  totalmente Dipendente



GRADO MOBILITA' (scala ADL):  si sposta da solo  si sposta assistito  non si sposta

DISTURBI COGNITIVI (scala S.P.M.S.Q.):  assenti/lievi  moderati  gravi

DISTURBI COMPORTAMENTALI (scala A.Di.Co.):  assenti/lievi  moderati  gravi

AUSILI E PRESIDI

Carrozzina  Comoda  MAD  Letto articolato  Triangolo  Altro

Materiale protesico richiesto da..... in data .....

TRATTAMENTO RIABILITATIVO DOMICILIARE

SI  NO .....

NECESSITA' DI SOSTEGNO PSICOLOGICO

Paziente  Familiare  altro .....

ARGOMENTI TRATTATI:

- cure palliative definizione e obiettivi
 illustrazione dei servizi (Hospice, ambulatorio, cure domiciliari)
 ruolo della persona di riferimento-assistenza
 alimentazione e idratazione nel fine vita

CONCLUSIONI:

Hospice  UCP-Dom (Assistenza Domiciliare)  Ambulatorio  UCP-Dom PONTE

Motivo prevalente della presa in carico: CLINICO:  sintomi non controllati  definitivo

NON CLINICO:  situazione sociale complessa  sollievo familiare

FIRMA DELL'OPERATORE

.....

ACCETTAZIONE E CONDIVISIONE DEL PROGETTO DI CURA

Il sottoscritto (nome e cognome in stampatello) .....

Nato a ..... il .....Residente a.....

in via .....

In qualità di

tutore/amministratore di sostegno/ esercente la tutela legale (n.b.: precisare) .....

coniuge/convivente/prossimo congiunto (n.b.: precisare) .....

Del/della Sig .....

DICHIARO DI AVER COMPRESO

le finalità delle Cure Palliative (dignità della persona al di là della inguaribilità-incurabilità)

la necessità che il/la Paziente abbia a disposizione una figura 24/24 ore in grado di supportarla, assisterla nella mobilitazione, nelle cure igieniche e nella somministrazione dei farmaci anche per via via sottocutanea al fine di garantirne dignità e sicurezza; qualora ad oggi non abbia questa figura ancora disponibile mi impegno a cercarla nel più breve tempo possibile al fine di consentire di avviare l'assistenza domiciliare.

NB: la figura assistenziale in oggetto, quando possibile può essere sostituita da un familiare, in salute, che garantisca buona volontà e desiderio di essere supportato-addestrato dal nostro personale domiciliare
In fede

Data ..... Firma leggibile .....