



SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN CURE PALLIATIVE

ACC - 10
Data: 24/01/2019
Rev. 2

Spett.le
FONDAZIONE CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI MENOTTI
BASSANI ONLUS - Via avv. Franco Bassani, 13
21014 LAVENO MOMBELLO (VA)
Tel.: 0332668339 – 668711 Fax: 0332626045
[E mail: info@menottibassani.it](mailto:info@menottibassani.it) - hospice@menottibassani.it

Verifica di congruità

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospice (Ricovero Residenziale) <input type="checkbox"/> UCP-Dom (Assistenza Domiciliare) | Motivo prevalente del ricovero | |
| | CLINICO: <input type="checkbox"/> terapeutico per sintomi non controllati <input type="checkbox"/> definitivo NON CLINICO: <input type="checkbox"/> situazione sociale complessa <input type="checkbox"/> sollievo familiare | |

Dati anagrafici del paziente

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 Nato a _____ il ___/___/___ Esenzione _____
 Residenza _____ Prov. _____ Via _____ N° _____ Tel. ___/_____
Domicilio se diverso dalla residenza: Città _____ Prov. _____ Via _____ N° _____
 Codice Fiscale: _____
 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 Familiari Servizi sociali
 Ospedale _____ RSA _____
 Reparto _____ Tel. _____ altro _____
Attualmente il paziente si trova: Domicilio Ospedale _____
 Reparto _____ Tel. _____
 altro _____
Presenza di persone che accudiscono il paziente:
 nessuna familiari badante familiari+badante rete amicale/vicini di casa
Invalità: sì (___ %) no in accertamento
Accompagnamento: sì no in accertamento
Situazione abitativa: adeguata inadeguata presenza barriere architettoniche _____
Situazione economica: adeguata inadeguata
Grado di consapevolezza del paziente:
 nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi
 rimuove la diagnosi e la prognosi
 conosce la diagnosi ma ignora la prognosi
 consapevole della terminalità ma non dell'imminenza di morte
 completa consapevolezza di diagnosi e prognosi
Grado di consapevolezza della famiglia:
 consapevole della diagnosi ma non della prognosi
 consapevole della diagnosi e della 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: sì no
Ci sono Direttive Anticipate di Trattamento (DAT)? sì no
E' stato nominato un fiduciario? sì _____ no



SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN CURE PALLIATIVE

ACC - 10
Data: 24/01/2019
Rev. 2

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
- colostomia
- 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:

| | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <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:



SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN CURE PALLIATIVE

ACC - 10
Data: 24/01/2019
Rev. 2

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:

E mail: info@menottibassani.it - hospice@menottibassani.it

Data di ricevimento ___ / ___ / ___