



SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN CURE PALLIATIVE

ACC - 10
Data: 06/12/2023
Rev. 4

Spett.le
FONDAZIONE CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI MENOTTI
BASSANI ONLUS - Via avv. Franco Bassani, 13
21014 LAVENO MOMBELLO (VA)
Tel.: 0332668339 – 668711 Fax: 0332626045
UCP_dom: ucpdom@menottibassani.it
HOSPICE: 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: _____

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

↑
↑

NUMERO TESSERA SANITARIA (da riportare qui)

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 famigliari badante famigliari+badante rete amicale/vicini di casa

Invalidità: sì (___ %) no in accertamento
Accompagnamento: sì no in accertamento
Situazione abitativa: adeguata inadeguata presenza barriere architettoniche _____
Situazione economica: adeguata inadeguata



SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN CURE PALLIATIVE

ACC - 10
Data: 06/12/2023
Rev. 4

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

Dati clinici

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

Comorbilità:

- 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:

- 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: _____



SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN CURE PALLIATIVE

ACC - 10
Data: 06/12/2023
Rev. 4

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:

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:

UCP_dom: ucpdom@menottibassani.it

HOSPICE: hospice@menottibassani.it

Data di ricevimento ____ / ____ / ____