



AL RESPONSABILE DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE
MULTIDIMENSIONALE

Distretto Sanitario di Gravina di Catania

OGGETTO: CURE DOMICILIARI PALLIATIVE (PIN _____)

IL SOTTOSCRITTO NOME _____ COGNOME _____

NELLA QUALITA' DI _____ (specificare il grado di parentela)

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DI QUANTO IN OGGETTO PER L'ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____ / _____ / _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____ N _____

DOMICILIATO IN _____ VIA _____ N _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

MEDICO CURANTE DOTT. _____ TEL _____

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- RICHIESTA DEL MEDICO DI FAMIGLIA SU RICETTARIO REGIONALE :
"RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER CURE DOMICILIARI PALLIATIVE
DI(BASE O SPECIALISTICHE) PER MALATO TERMINALE". DIAGNOSI.....
- SCHEDA S.V.A.M.A. SANITARIA + DOCUMENTAZIONE SANITARIA
- MODULO A CURA DEL MEDICO CURANTE
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI RESIDENZA
- FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E TESSERA SANITARIA (del paziente)
- FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (di chi firma la domanda)

Essendo stato informato dello scopo e del progetto assistenziale esprime consenso favorevole perché venga effettuato il progetto terapeutico C.D.P. Dichiaro inoltre di non usufruire di Assistenza Sanitaria dello stesso tipo erogata dal S.S.N. o da Enti con esso convenzionati.

IL SOTTOSCRITTO SCEGLIE L'ASSOCIAZIONE _____

Data _____

Firma _____

ORARIO DI RICEVIMENTO: 08.30/11.30 LUNEDI' E GIOVEDI'

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art.46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la Sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

Residente in _____ Via _____ N. _____

Grado di parentela con il/la paziente _____

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

Di presentare pratica per assistenza sanitaria di tipo ADI / RSA per il Sig./Sig.ra

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/la Dichiarante

Data _____ / _____ / _____

La firma in calce non deve essere autenticata

Allegato 1 Strumenti valutativi (da integrare alla SVAMA)

q) Modulo per la segnalazione del caso di pertinenza del medico curante o del medico ospedaliero

MODULO A CURA DEL MEDICO CURANTE (*)
Integrante la richiesta di cure palliative e la valutazione sanitaria della S.V.A.M.A.

Le cure palliative sono l'insieme di interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata che al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici (art. 2, L. n. 38/2010)

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Diagnosi: _____

La patologia per la quale si richiede la valutazione è stata diagnosticata il:

Bisogni: _____

Luogo (ospedale, reparto) e data dell'ultimo ricovero: _____

Il paziente effettua trattamenti rivolti alla sua malattia? SI NO

Se SI, specificare se chemioterapia, radioterapia, altro, _____

Se SI, in che regime : ambulatoriale day hospital altro
 Specificare dove _____

VALUTAZIONE DEL PERFORMANCE-STATUS SECONDO KARNOFSKY (KPS)

| ATTIVITA' LAVORATIVA | ATTIVITA' QUOTIDIANA | CURA PERSONALE | SINTOMI/ SUPPORTO SANITARIO | PUNTEGGIO |
|---|--|---|---|-----------|
| COMPLETA | COMPLETA <input type="checkbox"/> | COMPLETA <input type="checkbox"/> | NESSUNO <input type="checkbox"/> | 100 |
| DIFFICOLTA' LIEVE | LIEVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/> | COMPLETA <input type="checkbox"/> | SEGNISINTOMI MINORI Calo ponderale < 5% - Calo energie* <input type="checkbox"/> | 90 |
| DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE | DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA (camminare-guidare) <input type="checkbox"/> | LIEVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/> | SEGNISINTOMI MINORI Calo ponderale < 10% - Calo energie** <input type="checkbox"/> | 80 |
| INABILE | DIFFICOLTA' MODERATA (si muove prevalentemente in casa) <input type="checkbox"/> | MODERATA DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/> | ALCUNI SEGNI E SINTOMI Calo grave di energie - Calo energie** <input type="checkbox"/> | 70 |
| | GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE/GUIDARE <input type="checkbox"/> | DIFFICOLTA' MODERATA - GRAVE <input type="checkbox"/> | SEGNISINTOMI MAGGIORI Grave calo ponderale >10% *** - Calo energie** <input type="checkbox"/> | 60 |
| | ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA <input type="checkbox"/> | GRAVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/> | RICHIEDE SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE (può affrontare cure ambulatoriali, se adeguatamente supportato) <input type="checkbox"/> | 50 |
| | A LETTO/POLTRONA PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA <input type="checkbox"/> | LIMITATA CURA DI SE' <input type="checkbox"/> | NECESSITA DI SUPPORTO QUALIFICATO (domiciliare o residenziale) <input type="checkbox"/> | 40 |
| | INABILE <input type="checkbox"/> | INABILE <input type="checkbox"/> | SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO PER FREQUENZA E TIPO DI INTERVENTO <input type="checkbox"/> | 30 |
| ATTRIBUIRE IL LIVELLO COMPLESSIVO IN BASE AL CRITERIO MAGGIORITARIO (PRIORITA') DI "ATTIVITA' QUOTIDIANE" E "CURA PERSONALE": * saltuari : non condizionanti supporti terapeutici continuativi ** saltuari o costanti: condizionati spesso da supporto terapeutico *** costanti : invalidanti condizionanti supporto terapeutico | | | GRAVE COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI ORGANICHE VITALI Necessita di continua assistenza <input type="checkbox"/> | 20 |
| | | | MORIBONDO. Processi di malattia fatali rapidamente progressivi <input type="checkbox"/> | 10 |
| | | | MORTO <input type="checkbox"/> | 0 |

| | | | | | |
|---------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---|
| Stato di coscienza: | <input type="checkbox"/> Vigile e attento | <input type="checkbox"/> Assopito | <input type="checkbox"/> Soporoso | <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Stato vegetativo |
|---------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---|

| | | | | | |
|---|---------------------------------|--|---|--|---|
| Stato di consapevolezza della malattia da parte del paziente: | <input type="checkbox"/> Non so | <input type="checkbox"/> completa consapevolezza | <input type="checkbox"/> consapevole della diagnosi ma non della prognosi | <input type="checkbox"/> consapevolezza nel complesso dubbia | <input type="checkbox"/> consapevolezza assente |
| Stato di consapevolezza della malattia da parte della famiglia: | <input type="checkbox"/> Non so | <input type="checkbox"/> completa consapevolezza | <input type="checkbox"/> consapevole della diagnosi ma non della prognosi | <input type="checkbox"/> consapevolezza nel complesso dubbia | <input type="checkbox"/> consapevolezza assente |

DOLORE

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NON VALUTABILE |
|-----------------------------|-----------------------------|---|

Se la risposta è SI, compilare il campo sottostante

Da quanto tempo il Paziente accusa Dolore? _____

Sede e caratteristiche del dolore _____

Indicare l'intensità del dolore al momento della valutazione : segnare con una X il numero corrispondente all'intensità nella SCALA NRS a 11 punti (0= nessun dolore; 10= massimo dolore)

| | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|---|---|-----------------|---|---|--------------|-----------------------|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |
| NO DOLORE | DOLORE LIEVE | | | DOLORE MODERATO | | | DOLORE FORTE | DOLORE INSOPPORTABILE | | |

Indicare la massima intensità del dolore nei tre giorni precedenti la valutazione : segnare con una X il numero corrispondente all'intensità nella SCALA NRS a 11 punti (0= nessun dolore; 10= massimo dolore)

| | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|---|---|-----------------|---|---|--------------|-----------------------|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |
| NO DOLORE | DOLORE LIEVE | | | DOLORE MODERATO | | | DOLORE FORTE | DOLORE INSOPPORTABILE | | |

TERAPIA PRATICATA : segnare con una X la classe di farmaci

| | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| | Farmaci non oppiacei | Oppiacei minori | | | Oppiacei maggiori | | |
| | <input type="checkbox"/> Paracetamolo | <input type="checkbox"/> Codeina | <input type="checkbox"/> Tramadolo | <input type="checkbox"/> Morfina | <input type="checkbox"/> Ossicodone | | |
| | <input type="checkbox"/> FANS | <input type="checkbox"/> Diidrocodeina | <input type="checkbox"/> Dextropropoxifene | <input type="checkbox"/> Idromorfone | <input type="checkbox"/> Metadone | | |
| | <input type="checkbox"/> ALTRO : | | | | <input type="checkbox"/> Buprenorfina | <input type="checkbox"/> Fentanyl | |

Specificare se la Terapia è praticata: AL BISOGNO AD ORARI PROGRAMMATI

NUTRIZIONE

| | | | | |
|-----------------------------------|-----------------|--|-----------------|---|
| Come si nutre il Paziente? | ENTERALE | <input type="checkbox"/> Autonomamente | Paziente | <input type="checkbox"/> Tramite catetere venoso centrale |
| | | <input type="checkbox"/> Con aiuto per bocca | | <input type="checkbox"/> Tramite il sistema Port-a-cath |
| | | <input type="checkbox"/> Per SNG | | <input type="checkbox"/> PICC |
| | | <input type="checkbox"/> Per PEG | | <input type="checkbox"/> |

VENTILAZIONE

| | | | |
|---------------------|-----------------------------------|---|--|
| <i>Ventilazione</i> | <input type="checkbox"/> Regolare | <input type="checkbox"/> Meccanica non invasiva | <input type="checkbox"/> Ventilatore meccanico |
| <i>Respirazione</i> | <input type="checkbox"/> Regolare | <input type="checkbox"/> Dispnea lieve | <input type="checkbox"/> Dispnea grave |

ALVO E DIURESIS

| | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|--|--|
| <i>Diuresi</i> | <input type="checkbox"/> Regolare | <input type="checkbox"/> Oliguria lieve | <input type="checkbox"/> Oliguria grave | <input type="checkbox"/> Anuria | | | |
| <i>Incontinenza urinaria</i> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pannoloni | <input type="checkbox"/> Urostomia | <input type="checkbox"/> Cateterismo ad intermittenza | <input type="checkbox"/> Catetere esterno o condom | <input type="checkbox"/> Catetere a dimora |
| <i>Incontinenza fecale</i> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pannoloni | <input type="checkbox"/> Enterostomia | | | |

LESIONI CUTANEE

| | | | | | | |
|--|--|---|--|----|-----|----|
| Il paziente presenta piaghe da decubito o altre lesioni cutanee? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Descrivere la sede e la stadiazione SEDE : | I | II | III | IV |
| | | | LEGENDA : I Stadio: infiammazione e distruzione dell'epidermide; II Stadio: distruzione del derma. III Stadio: distruzione del sottocute e del pannicolo adiposo; IV Stadio: necrosi dei muscoli, del periostio ed eventualmente dell'osso. | | | |

Attesa di vita presunta: < 1 settimana < 2 mesi > 2 mesi ma meno di 6 6 mesi o più

| | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|---|--------------------------------------|
| Il Paziente vive da solo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Se è NO con chi vive? | <input type="checkbox"/> Con il coniuge | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Con i figli | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Con la badante | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Con altri | | | |
| Il Paziente è assistito tutto il giorno? | <input type="checkbox"/> SI nelle 24h | <input type="checkbox"/> Solo di giorno | <input type="checkbox"/> Solo di notte | <input type="checkbox"/> In modo discontinuo | |
| Da chi è assistito? | <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> Figli | <input type="checkbox"/> Badante | <input type="checkbox"/> Servizi Sociali Comunali | <input type="checkbox"/> Altri |

DATA _____

Timbro e firma e del Medico Curante^(*)

^(*)MMG o Medico Ospedaliero

| Sensorio e comunicazione | | |
|--|--|--|
| <i>Linguaggio (comprensione)</i> | | |
| 0 = normale | 2 = comprensione non valutabile | |
| 1 = comprende solo frasi semplici | 3 = non comprende | |
| <i>Linguaggio (produzione)</i> | | |
| 0 = parla normalmente | 2 = si comprendono solo parole isolate | |
| 1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero | 3 = non si esprime | |
| <i>Udito (eventualmente con protesi)</i> | | |
| 0 = normale | 2 = grave deficit non correggibile | |
| 1 = deficit, ma audito adeguato alle necessità personali | 3 = sordità completa | |
| <i>Visa (eventualmente con occhiali)</i> | | |
| 0 = normale | 2 = grave deficit non correggibile | |
| 1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali | 3 = cecità e bisogno di assistenza | |

CODIFICA PATOLOGIE - ESTRATTO ICPC

Indicare fino a 3 patologie principali che concorrono a determinare la situazione di non autosufficienza

(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UOD)

Malattie generali

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A07 Coma | <input type="checkbox"/> A86 Effetti tossici da altre sostanze |
| <input type="checkbox"/> A00 Sindrome ipocinetica | <input type="checkbox"/> A87 Complicanza chirurgia/trattamento medico |
| <input type="checkbox"/> A79 Carcinomatosi (sede primitiva sconosciuta) | <input type="checkbox"/> A89 Conseguenze applicazione protesi |
| <input type="checkbox"/> A80 Incidente/lesione traumatica NSA | <input type="checkbox"/> A90 Anomalie multiple congenite |
| <input type="checkbox"/> A81 Politraumatismo/lesioni interne | <input type="checkbox"/> A97 Assenza di malattia |
| <input type="checkbox"/> A82 Effetti tardivi di un trauma | <input type="checkbox"/> A99 Altre malattie generali/non spec. |
| <input type="checkbox"/> A84 Avvelenamento da sostanza medicinale | |

Sangue / linfatici / milza

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> B71 Linfadenite cronica / non specifica | <input type="checkbox"/> B80 Anemia da carenza di ferro |
| <input type="checkbox"/> B72 Morbo di Hodgkin | <input type="checkbox"/> B81 Anemia perniciosa / da carenza folati |
| <input type="checkbox"/> B73 Leucemia | <input type="checkbox"/> B83 Porpora / difetti coagulazione / piastrine |
| <input type="checkbox"/> B74 Altre neoplasie maligne | <input type="checkbox"/> B87 Splenomegalia |
| <input type="checkbox"/> B75 Neoplasie benigne / non spec. | <input type="checkbox"/> B90 Infezione da HIV (AIDS / ARC) |
| <input type="checkbox"/> B78 Anemie emolitiche ereditarie | <input type="checkbox"/> B99 Altra malattia sangue / linfatici / milza |
| <input type="checkbox"/> B79 Altre anomalie congenite | |

Sistema digerente

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> D17 Incontinenza intestinale | <input type="checkbox"/> D87 Disturbi funzione gastrica |
| <input type="checkbox"/> D70 Diarrea infettiva / dissenteria | <input type="checkbox"/> D88 Appendicite |
| <input type="checkbox"/> D72 Epatite virale | <input type="checkbox"/> D89 Ernia inguinale |
| <input type="checkbox"/> D74 Neoplasie maligne stomaco | <input type="checkbox"/> D90 Ernia diaframmatica / dello hiatus |
| <input type="checkbox"/> D75 Neoplasie maligne colon / retto | <input type="checkbox"/> D91 Altre ernie addominali |
| <input type="checkbox"/> D76 Neoplasie maligne pancreas | <input type="checkbox"/> D92 Malattia diverticolare |
| <input type="checkbox"/> D77 Altre neoplasie maligne / non spec. | <input type="checkbox"/> D93 Sindrome del colon irritabile |
| <input type="checkbox"/> D81 Anomalie congenite | <input type="checkbox"/> D94 Enterite cronica / colite ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> D82 Malattie di denti / gengive | <input type="checkbox"/> D95 Ragade anale / ascesso perianale |
| <input type="checkbox"/> D83 Malattie di bocca / lingua / labbra | <input type="checkbox"/> D96 Epatomegalia |
| <input type="checkbox"/> D84 Malattie dell'esofago | <input type="checkbox"/> D97 Cirrosi / altre malattie epatiche |
| <input type="checkbox"/> D85 Ulcera duodenale | <input type="checkbox"/> D98 Colecistite / coleditiassi |
| <input type="checkbox"/> D86 Altre ulcere peptiche | <input type="checkbox"/> D99 Altre malattie sistema digerente |

Occhio

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> F74 Neoplasie occhio / annessi | <input type="checkbox"/> F91 Errori di rifrazione |
| <input type="checkbox"/> F81 Altre anomalie oculari congenite | <input type="checkbox"/> F92 Cataratta |
| <input type="checkbox"/> F82 Distacco di retina | <input type="checkbox"/> F93 Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> F83 Retinopatia | <input type="checkbox"/> F94 Tutti i gradi / tipi di cecità |
| <input type="checkbox"/> F84 Degenerazione della macula | <input type="checkbox"/> F99 Altre malattie oculari |
| <input type="checkbox"/> F85 Ulcera corneale (incl. erpetica) | |

Orecchio

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> H03 Tintinnio / ronzio / tinnito | <input type="checkbox"/> H83 Otosclerosi |
| <input type="checkbox"/> H74 Otite cronica, altre infezioni orecchio | <input type="checkbox"/> H84 Presbiacusia |
| <input type="checkbox"/> H75 Neoplasie dell'orecchio | <input type="checkbox"/> H86 Tutti i gradi di sordità NSA |
| <input type="checkbox"/> H77 Perforazione membrana del timpano | <input type="checkbox"/> H99 Altre malattie orecchio / mastoide |
| <input type="checkbox"/> H82 Sindrome vertiginosa | |

Sistema cardiocircolatorio

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> K71 Febbre reumatica / cardiopatia | <input type="checkbox"/> K86 Ipertensione non complicata |
| <input type="checkbox"/> K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio | <input type="checkbox"/> K87 Ipertensione coinvolgente organi bersaglio |
| <input type="checkbox"/> K74 Angina pectoris | <input type="checkbox"/> K88 Ipotensione posturale |
| <input type="checkbox"/> K75 Infarto miocardico acuto | <input type="checkbox"/> K89 Ischemia cerebrale transitoria |
| <input type="checkbox"/> K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche | <input type="checkbox"/> K90 Colpo / accidente cerebrovascolare |
| <input type="checkbox"/> K77 Insufficienza cardiaca | <input type="checkbox"/> K91 Aterosclerosi escl. cuore / cervello |
| <input type="checkbox"/> K78 Fibrillazione atriale / flutter | <input type="checkbox"/> K92 Altre ostruzioni arteriose / mal vascolari periferiche |
| <input type="checkbox"/> K79 Tachicardia parossistica | <input type="checkbox"/> K93 Embolia polmonare |
| <input type="checkbox"/> K80 Battiti ectopici tutti i tipi | <input type="checkbox"/> K94 Flebite / tromboflebite |
| <input type="checkbox"/> K82 Cuore polmonare cronico | <input type="checkbox"/> K95 Vene varicose delle gambe (escl. S97) |
| <input type="checkbox"/> K83 Malattia valvolare cuore non reumatica NSA | <input type="checkbox"/> K99 Altre malattie sistema circolatorio |
| <input type="checkbox"/> K84 Altre malattie del cuore | |

Sistema muscoloscheletrico

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> L70 Infezioni | <input type="checkbox"/> L83 Sindromi colonna cervicale |
| <input type="checkbox"/> L71 Neoplasia | <input type="checkbox"/> L84 Osteoartrosi colonna |
| <input type="checkbox"/> L72 Frattura radio / ulna | <input type="checkbox"/> L85 Deformità acquisite della colonna |
| <input type="checkbox"/> L73 Frattura tibia / fibula | <input type="checkbox"/> L86 Lesione disc. lombare / irradiazione |
| <input type="checkbox"/> L74 Frattura ossa mano / piede | <input type="checkbox"/> L88 Artrite reumatoide / condizioni affini |
| <input type="checkbox"/> L75 Frattura femore | <input type="checkbox"/> L89 Osteoartrosi dell'anca |
| <input type="checkbox"/> L76 Altra frattura | <input type="checkbox"/> L90 Osteoartrosi del ginocchio |
| <input type="checkbox"/> L77 Distorsione e stiramento caviglia | <input type="checkbox"/> L91 Altre osteoartrosi |
| <input type="checkbox"/> L78 Distorsione e stiramento ginocchio | <input type="checkbox"/> L92 Sindromi della spalla |
| <input type="checkbox"/> L79 Distorsione e stiramento altre articolazioni | <input type="checkbox"/> L95 Osteoporosi |
| <input type="checkbox"/> L80 Lussazione | <input type="checkbox"/> L97 Lesione interna cronica del ginocchio |
| <input type="checkbox"/> L81 Altre lesioni traumatiche | <input type="checkbox"/> L98 Deformità acquisite degli arti |
| <input type="checkbox"/> L82 Anomalie congenite | <input type="checkbox"/> L99 Altre malattie sistema muscoloscheletrico |

Sistema nervoso

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> N17 Vertigine / capogiro (escl. H82) | <input type="checkbox"/> N85 Anomalie congenite |
| <input type="checkbox"/> N19 Disturbi del linguaggio | <input type="checkbox"/> N86 Sclerosi multipla |
| <input type="checkbox"/> N70 Poliomielite / altri enterovirus | <input type="checkbox"/> N87 Parkinsonismo |
| <input type="checkbox"/> N71 Meningite / encefalite | <input type="checkbox"/> N88 Epilessia tutti i tipi |
| <input type="checkbox"/> N72 Tetano | <input type="checkbox"/> N89 Emicrania |
| <input type="checkbox"/> N73 Altre infezioni sistema nervoso | <input type="checkbox"/> N90 Cefalea a grappolo |
| <input type="checkbox"/> N74 Neoplasie maligne | <input type="checkbox"/> N91 Paralisi facciale / paralisi di Bell |
| <input type="checkbox"/> N75 Neoplasie benigne | <input type="checkbox"/> N92 Nevralgia del trigemino |
| <input type="checkbox"/> N76 Neoplasie non spec. | <input type="checkbox"/> N93 Sindrome del tunnel carpale |
| <input type="checkbox"/> N79 Commozione cerebrale | <input type="checkbox"/> N94 Altra nevrite periferica |
| <input type="checkbox"/> N81 Altre lesioni traumatiche | <input type="checkbox"/> N99 Altre malattie del sistema nervoso |

Disturbi mentali e psicologici

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> P13 Encopresi | <input type="checkbox"/> P74 Disturbo d'ansia / stato ansioso |
| <input type="checkbox"/> P15 Abuso cronico di alcool | <input type="checkbox"/> P75 Disturbo isterico / ipocondriaco |
| <input type="checkbox"/> P17 Abuso di tabacco | <input type="checkbox"/> P76 Disturbo depressivo |
| <input type="checkbox"/> P18 Abuso di medicinali | <input type="checkbox"/> P77 Tentativo di suicidio |
| <input type="checkbox"/> P19 Abuso di droghe | <input type="checkbox"/> P78 Neurastenia / surmenage |
| <input type="checkbox"/> P20 Disturbi di memoria / concentrazione | <input type="checkbox"/> P79 Altro disturbo nevrotico |
| <input type="checkbox"/> P70 Demenza senile / Alzheimer | <input type="checkbox"/> P80 Disturbo di personalità |
| <input type="checkbox"/> P71 Altra psicosi organica | <input type="checkbox"/> P85 Ritardo mentale |
| <input type="checkbox"/> P72 Schizofrenia tutti i tipi | <input type="checkbox"/> P98 Altre / non spec. psicosi |
| <input type="checkbox"/> P73 Psicosi affettiva | <input type="checkbox"/> P99 Altri disturbi mentali / psicologici |

Sistema respiratorio

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> R70 Tuberculosis respiratoria (escl. A70) | <input type="checkbox"/> R85 Altre neoplasie maligne |
| <input type="checkbox"/> R80 Influenza (provata) senza polmonite | <input type="checkbox"/> R89 Anomalie congenite sistema respiratorio |
| <input type="checkbox"/> R81 Polmonite | <input type="checkbox"/> R91 Bronchite cronica / bronchiectasie |
| <input type="checkbox"/> R82 Tutte le pleuriti (escl. R70) | <input type="checkbox"/> R95 Enfisema / BPCO |
| <input type="checkbox"/> R83 Altre infezioni del sistema respiratorio | <input type="checkbox"/> R96 Asma |
| <input type="checkbox"/> R84 Neoplasie maligne bronchi / polmone | <input type="checkbox"/> R99 Altra malattia sistema respiratorio |

Cute e annessi

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> S14 Ustioni / scottature | <input type="checkbox"/> S84 Impetigine |
| <input type="checkbox"/> S18 Lacerazione / taglio | <input type="checkbox"/> S85 Cisti pilonidale / fistola |
| <input type="checkbox"/> S19 Altre lesioni traumatiche pelle | <input type="checkbox"/> S87 Dermatite atopica / eczema |
| <input type="checkbox"/> S70 Herpes zoster | <input type="checkbox"/> S88 Dermatite da contatto / altro eczema |
| <input type="checkbox"/> S72 Scabbia ed altre infestazioni da acari | <input type="checkbox"/> S89 Esantema da pannolino |
| <input type="checkbox"/> S73 Pediculosi / altre infestazioni pelle | <input type="checkbox"/> S91 Psoriasi |
| <input type="checkbox"/> S74 Dermatofitosi | <input type="checkbox"/> S92 Disidrosi / mal ghiandole sudoripare |
| <input type="checkbox"/> S75 Moniliasi / candidosi (altre) | <input type="checkbox"/> S94 Unghia incarnita / altre malattie unghie |
| <input type="checkbox"/> S76 Altre malattie infettive pelle | <input type="checkbox"/> S97 Ulcera cronica pelle (incl. varicosa) |
| <input type="checkbox"/> S77 Neoplasie maligne della pelle | <input type="checkbox"/> S98 Orticaria |
| <input type="checkbox"/> S80 Altre / non spec. neoplasie pelle | <input type="checkbox"/> S99 Altre malattie pelle / tessuto sottocutaneo |

Sistema endocrino metabolico e nutrizione

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> T06 Anoressia nervosa / bulimia | <input type="checkbox"/> T86 Ipotiroidismo / mixedema |
| <input type="checkbox"/> T08 Calo di peso. | <input type="checkbox"/> T87 Ipoglicemia |
| <input type="checkbox"/> T11 Disidratazione | <input type="checkbox"/> T90 Diabete mellito |
| <input type="checkbox"/> T71 Neoplasie maligne della tiroide | <input type="checkbox"/> T91 Carezza vitaminica / altro disturbo nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> T73 Altre / non spec. neoplasie | <input type="checkbox"/> T92 Gotta |
| <input type="checkbox"/> T82 Obesità (BMI >=30) | <input type="checkbox"/> T93 Disturbi del metabolismo lipidico |
| <input type="checkbox"/> T83 Sovrappeso (BMI <30) | <input type="checkbox"/> T99 Altra malattia endocrino metabolica nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> T85 Iperitiroidismo / tireotossicosi | |

Sistema urinario

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> U04 Incontinenza urinaria | <input type="checkbox"/> U79 Altre neoplasie non spec. tratto urinario |
| <input type="checkbox"/> U70 Pielonefrite / pielite acuta | <input type="checkbox"/> U85 Anomalie congenite tratto urinario |
| <input type="checkbox"/> U71 Cistite / altra infezione urinaria NSA | <input type="checkbox"/> U88 Glomerulonefrite / nefrosi |
| <input type="checkbox"/> U75 Neoplasie maligne del rene | <input type="checkbox"/> U95 Calcolo urinario di ogni tipo (sede) |
| <input type="checkbox"/> U76 Neoplasie maligne della vescica | <input type="checkbox"/> U99 Altra malattia sistema urinario |

Sistema genitale femminile

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> X75 Neoplasie maligne della cervice | <input type="checkbox"/> X84 Vaginite / vulvite NSA |
| <input type="checkbox"/> X76 Neoplasie maligne della mammella | <input type="checkbox"/> X87 Prolasso uterovaginale |
| <input type="checkbox"/> X77 Altre neoplasie maligne | <input type="checkbox"/> X99 Altre malattie sistema genitale femminile |
| <input type="checkbox"/> X81 Altre / non spec. neoplasie genitali femminili | |

Sistema genitale maschile

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Y74 Orchite / epididimite | <input type="checkbox"/> Y78 Altre neoplasie maligne |
| <input type="checkbox"/> Y77 Neoplasie maligne prostata | <input type="checkbox"/> Y99 Altre malattie genitali maschili incl. mamm. |

Compilatore

Nome:

Firma