



Al PUA del Distretto di _____

All'U.O. Cure Palliative

ALL. 1

Il Sottoscritto/a _____

In qualità di* _____

Reperibile al seguente indirizzo: _____

Città _____

Recapiti telefonici _____

CHIEDE LA PRESA IN CARICO PER :

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

RICOVERO IN HOSPICE

Per il/la paziente _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Cod. Fisc. Recapito telefonico _____

Si specifica che il MMG dell'assistito/a è il Dott** _____

Reperibile al seguente indirizzo: _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Si allega scheda clinica (ALL. 2)

Firma e timbro del MMG/MEDICO CURANTE ***

Firma del Richiedente

DATA _____

*specificare rapporto di parentela o conoscenza con il paziente o se MMG o altro sanitario;

**qualora fosse diverso dal richiedente;

***per Medico Curante si indica il Sanitario che ha in cura il Paziente.

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.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"/>	SEGNI/SINTOMI MINORI <input type="checkbox"/> Calo ponderale < 5% - Calo energie*	90
DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE	DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA <input type="checkbox"/> (camminare-guidare)	LIEVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	SEGNI/SINTOMI MINORI <input type="checkbox"/> Calo ponderale < 10% - Calo energie**	80
INABILE	DIFFICOLTA' MODERATA <input type="checkbox"/> (si muove prevalentemente in casa)	MODERATA DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	ALCUNI SEGNI E SINTOMI <input type="checkbox"/> Calo grave di energie - Calo energie**	70
	GRAVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/> A CAMMINARE/GUIDARE	DIFFICOLTA' MODERATA - GRAVE <input type="checkbox"/>	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI <input type="checkbox"/> Grave calo ponderale >10% *** - Calo energie**	60
	ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA <input type="checkbox"/>	GRAVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	RICHIEDE SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE <input type="checkbox"/> (può affrontare cure ambulatoriali, se adeguatamente supportato)	50
	A LETTO/POLTRONA PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA <input type="checkbox"/>	LIMITATA CURA DI SE' <input type="checkbox"/>	NECESSITA' DI SUPPORTO QUALIFICATO <input type="checkbox"/> (domiciliare o residenziale)	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 <input type="checkbox"/> Necessita di continua assistenza	20
			MORIBONDO <input type="checkbox"/> Processi di malattia fatali rapidamente progressivi	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

NO

SI

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: <input type="checkbox"/> AL BISOGNO <input type="checkbox"/> AD ORARI PROGRAMMATI										

NUTRIZIONE

Come si nutre il Paziente?	ENTERALE	<input type="checkbox"/>	Autonomamente	PARENTERAE	<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

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

ALVO E DIURESIS

Diuresi		<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Oliguria lieve	<input type="checkbox"/> Oliguria grave	<input type="checkbox"/> Anuria
Incontinenza urinaria	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
Incontinenza fecale	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	I°	II°	III°	IV°
		<p align="center">SEDE:</p> <p align="center">.....</p> <p>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.</p>				

Attesa di vita presunta:	<input type="checkbox"/> < 1 settimana	<input type="checkbox"/> < 2 mesi	<input type="checkbox"/> > 2 mesi ma meno di 6	<input type="checkbox"/> 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



Scheda da Integrare alla SVAMA

Valutazione del Medico Palliativista

Cognome e Nome:	Data di nascita	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																
Sede di valutazione:	Data	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																

Palliative Performance Scale (PPS) Versione 2

Livello PPS	Deambulazione	Attività e evidenza di malattia	Autocura	Alimentazione	Livello di coscienza
100%	Piena	Normale attività e lavoro Nessuna evidenza di malattia	Piena	Normale	Pieno
90%	Piena	Normale attività e lavoro Alcune evidenze di malattia	Piena	Normale	Pieno
80%	Piena	Normale attività con fatica Alcune evidenze di malattia	Piena	Normale o ridotta	Pieno
70%	Ridotta	Impossibile lavorare normalmente Malattia significativa	Occasionalmente necessita d'aiuto	Normale o ridotta	Pieno
60%	Ridotta	Incapace a svolgere i lavori di casa Malattia significativa	Richiede considerevole assistenza	Normale o ridotta	Pieno o confuso
50%	Principalmente seduto /sdraiato	Incapace di fare qualsiasi lavoro Malattia molto estesa	Principalmente assistenza	Normale o ridotta	Pieno o confuso
40%	Principalmente seduto /sdraiato	Incapacità a condurre la maggior parte delle attività Malattia molto estesa	Cura totale	Normale o ridotta	Pieno o sonnolenza ± confuso
30%	Allettato	Incapacità a condurre qualsiasi attività Malattia molto estesa	Cura totale	Normale o ridotta	Pieno o sonnolenza ± confuso
20%	Allettato	Incapacità a condurre qualsiasi attività Malattia molto estesa	Cura totale	Minima a sorsi	Pieno o sonnolenza ± confuso
10%	Allettato	Incapacità a condurre qualsiasi attività Malattia molto estesa	Cura totale	Solo la cura della bocca	Confuso o comatoso ± confuso
0%	Deceduto	—	—	—	—

PPS

Palliative Prognostic Index (PPI)

Status delle Performance/ Sintomi	Punteggio parziale
Palliative Performance Scale	
10 - 20	4
30 - 50	2,5
> 60	0
Assunzione per via orale	
Piccoli bocconi o meno	2,5
Ridotta ma più che bocconi	1
Normale	0
Edema	
Presente	1
Assente	0
Dispnea a riposo	
Presente	3,5
Assente	0
Delirio	
Presente	4
Assente	0
Totale punteggio	

Legenda:

PPI > 6 = sopravvivenza < a 3 settimane;

PPI > 4 sopravvivenza inferiore a 6 settimane;

PPI ≤ 4 = sopravvivenza maggiore di 6 settimane



All. 4

**Modulo per la scelta tra le Associazioni Accreditate
in provincia di Siracusa per l'erogazione di
CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**

Il Paziente _____

Nato a _____ **Prov.** _____ **Il** _____

Residente a _____ **Via/Pzza** _____

(Oppure) Il Sottoscritto _____ **nella qualità di *** _____

del Sig. _____ **residente a** _____

Via/Pzza _____ **tel/cell** _____

***(grado di parentela)**

Dichiara

Che essendo informato che tale servizio viene erogato in questa Provincia da Associazioni Onlus, nel caso in cui venga accettata la richiesta di inserimento in Cure Palliative Domiciliari, scegli liberamente di essere assistito da:

Andaf

S.A.M.O.T. Ragusa Onlus

N.B. La scelta della Onlus, ad esclusiva volontà del paziente o dei familiari, è vincolante per l'ASP di Siracusa, ma può essere modificata in qualunque momento su esplicita e motivata richiesta

DATA _____

FIRMA _____

