



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANIA

Unità Operativa Complessa
Anziani/ADI

Unità Valutativa di Cure Palliative
Area Metropolitana

Alla c. a. del Medico Curante dell'assistito:

sig./ra..... nato/a.....

Domicilio

Telefono

Per l'inserimento del Suo assistito/a nell'ADI - Cure Palliative sarebbe opportuno conoscere la Sua disponibilità, indicando il giorno della settimana e l'ora, per concordare con l'UVP la valutazione congiunta al domicilio del Suo assistito/a. Grazie
N.B.: La disponibilità del personale dell'U.V.P. è da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00, il martedì e il giovedì dalle ore 16.00 alle ore 17.30.

Per informazioni telefonare:

- 1. 095.2545752/40
- 2. 095.2545741 (fax)

U. V. P.
Area metropolitana

lunedì, ore.....

martedì, ore.....

mercoledì, ore.....

giovedì, ore.....

venerdì, ore.....

Tel. Studio..... cell.

Non disponibile per i seguenti motivi: _____

Data _____

Timbro e firma del medico curante

Allegato 2.2

S.V.A.M.A. Valutazione sanitaria	
Nome:	Data di nascita <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sede di valutazione:	Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Cenni anamnestici - Problemi cronici in atto:

Trattamenti in atto

Assistenza infermieristica		
	NO	SI
Diabete insulinodipendente	0	5
Compenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (> 3 h al dì)	0	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale	0	10
Catetere vescicale	0	5
Ano artificiale o ureterostomia	0	5
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine	0	10
Ulcere distrofiche agli arti	0	5
<i>Totale assistenza infermieristica</i>	VIP	

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>Vista (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 / colelitiasi |
| <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 (mcl. 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 Eemicrania |
| <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 Carenza 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



U. V. P. - Area Metropolitana

U. V. M. Distrettuale

SCHEDA CLINICA ANAMNESTICA RIEPILOGATIVA DEL MMG /PLS
PER L'ATTIVAZIONE DELLA RETE delle CURE PALLIATIVE AL MALATO TERMINALE

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)

Form fields for patient information: Paziente, data di nascita, Indirizzo, Telefono, Diagnosi principale di malattia, Manifestazione clinica della malattia e/o metastasi (indicare la sede), Altre malattie.

Two decision blocks: 'Il Paziente è inserito in un programma di interventi mirati alla cura della sua malattia?' and 'Il Paziente deve eseguire altri accertamenti diagnostici per la malattia principale?' with SI/NO options.

Trattamenti terapeutici in atto: [Empty box for listing treatments]

Stato di coscienza: [Grid with options: Vigile e attento, Assopito, Soporoso, In coma, Stato vegetativo]

Il Paziente è consapevole della malattia? [SI] [NO]

La mobilità del paziente è: [Grid with options: Normale, Cammina con aiuto, Costretto su sedia, Allettato]
Il decubito del paziente è: [Grid with options: Indifferente, Laterale obbligato, Supino obbligato, Ortopnoico]

Il Paziente vive da solo? [SI] [NO]
Se è NO con chi vive? [Grid with options: Con il coniuge, Con i figli, Con la badante, Con altri familiari]

Il Paziente vive in casa di [Grid with options: Proprietà, In affitto, Con i figli, Casa di riposo/protetta]
Il Paziente è assistito tutto il giorno? [Grid with options: SI nelle 24h, Solo di giorno, Solo di notte, In modo discontinuo]
Da chi è assistito? [Grid with options: Coniuge, Figli, Badante, Servizi Sociali Comunali]

A suo giudizio, conoscendo la volontà del suo assistito, della sua famiglia e la inarrestabilità della malattia, dove ritiene attivare l'assistenza? [Domicilio] [Hospice]

ANAMNESI DEI SINTOMI

COSTITUZIONE FISICA	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>	Magro	<input type="checkbox"/>	Obeso	<input type="checkbox"/>	Stato di cachessia
----------------------------	--------------------------	---------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	--------------------

FEBBRE	<input type="checkbox"/>	Temperatura normale		CUTE e MUCOSE	<input type="checkbox"/>	Normale				
	<input type="checkbox"/>	Febbricola (37-37,5°C)			<input type="checkbox"/>	Sub cianotica			<input type="checkbox"/>	Cianotica
	<input type="checkbox"/>	Febbre moderata (37.6-38.9°C)			<input type="checkbox"/>	ecchimotica			<input type="checkbox"/>	Petecchie
	<input type="checkbox"/>	Febbre elevata (39-39,9°C)			<input type="checkbox"/>	Sub ittero			<input type="checkbox"/>	Ittero
	<input type="checkbox"/>	Iperpiressia (>40°C)			<input type="checkbox"/>	Idratata			<input type="checkbox"/>	Secca
				LINGUA	<input type="checkbox"/>	Idratata	<input type="checkbox"/>	Secca		

DOLORE

 NO

 SI

Da quanto tempo il Paziente accusa dolore? _____

Sede e caratteristiche del dolore _____

L'intensità de dolore (VAS) (1= meno dolore; 10= massimo dolore)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

TERAPIA	Farmaci non oppiacei		Oppiacei minori				Oppiacei maggiori			
	<input type="checkbox"/>	Paracetamolo	<input type="checkbox"/>	Codeina	<input type="checkbox"/>	Tramadololo	<input type="checkbox"/>	Morfina	<input type="checkbox"/>	Ossicodone
	<input type="checkbox"/>	FANS	<input type="checkbox"/>	Diidrocodiena	<input type="checkbox"/>	Dextropropoxifene	<input type="checkbox"/>	Idromorfone	<input type="checkbox"/>	Metadone
							<input type="checkbox"/>	Bupreonorfina	<input type="checkbox"/>	Fentanyl
	<input type="checkbox"/>	Radioterapia antalgica		<input type="checkbox"/>	Pompe elastometriche		Farmaci adiuvanti			
<input type="checkbox"/>	Termorizotomia		<input type="checkbox"/>	Cordotomia	<input type="checkbox"/>	Mielotomia	<input type="checkbox"/>		

ALIMENTAZIONE

Come si alimenta il Paziente?	Enterale	<input type="checkbox"/>	Autonomamente	Parenterale	<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"/>	

CUORE E VENTILAZIONE

Cuore	<input type="checkbox"/>	Regolare	Frequenza b/m		<input type="checkbox"/>	Aritmia benigna	<input type="checkbox"/>	Aritmia pericolosa		
			<input type="checkbox"/>	<100	<input type="checkbox"/>	>100				
Pressione arteriosa	<input type="checkbox"/>	Regolare	<input type="checkbox"/>	Ipotensione	<input type="checkbox"/>	Iperensione				
Classe NYHA	<input type="checkbox"/>	No classificazione	<input type="checkbox"/>	1° classe	<input type="checkbox"/>	2° classe	<input type="checkbox"/>	3° classe	<input type="checkbox"/>	4° classe
Ventilazione	<input type="checkbox"/>	Regolare	<input type="checkbox"/>	Meccanica non invasiva	<input type="checkbox"/>	Ventilatore meccanico	<input type="checkbox"/>	Tracheostomia		
Respirazione	<input type="checkbox"/>	Regolare	<input type="checkbox"/>	Dispnea lieve	<input type="checkbox"/>	Dispnea grave				

INCONTINENZA E DIURESIS

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

PIAGHE DA DECUBITO

Il paziente presenta piaghe da decubito o altre lesioni cutanee?	NO	SI	<u>Descrivere la sede e la stadiazione</u>
---	----	----	--

Catania _____

Timbro e firma del MMG/PLS



U. V. P. - Area Metropolitana

U. V. M. Distrettuale

SCHEDA CLINICA ANAMNESTICA RIEPILOGATIVA DEL MMG /PLS
PER L'ATTIVAZIONE DELLA RETE delle CURE PALLIATIVE AL MALATO TERMINALE

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)

Form fields for patient information: Paziente, data di nascita, Indirizzo, Telefono, Diagnosi principale di malattia, Manifestazione clinica della malattia e/o metastasi (indicare la sede), Altre malattie.

Il Paziente è inserito in un programma di interventi mirati alla cura della sua malattia? (chemioterapia, radioterapia, altro) Se SI quale?.....

Il Paziente deve eseguire altri accertamenti diagnostici per la malattia principale? (TAC; RNM; PET, RX ecc.). Se SI quale?.....

Trattamenti terapeutici in atto:

Stato di coscienza: [] Vigile e attento [] Assopito [] Soporoso [] In coma [] Stato vegetativo

Il Paziente è consapevole della malattia? [SI] [NO]

La mobilità del paziente è: [] Normale [] Cammina con aiuto [] Costretto su sedia [] Allettato

Il decubito del paziente è: [] Indifferente [] Laterale obbligato [] Supino obbligato [] Ortopnoico

Il Paziente vive da solo? [] SI [] NO. Se è NO con chi vive? [] Con il coniuge [] Con i figli [] Con la badante [] Con altri familiari

Il Paziente vive in casa di [] Proprietà [] In affitto [] Con i figli [] Casa di riposo/protetta

Il Paziente è assistito tutto il giorno? [] SI nelle 24h [] Solo di giorno [] Solo di notte [] In modo discontinuo

Da chi è assistito? [] Coniuge [] Figli [] Badante [] Servizi Sociali Comunali

A suo giudizio, conoscendo la volontà del suo assistito, della sua famiglia e la inarrestabilità della malattia, dove ritiene attivare l'assistenza? [] Domicilio [] Hospice

ANAMNESI DEI SINTOMI

COSTITUZIONE FISICA	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>	Magro	<input type="checkbox"/>	Obeso	<input type="checkbox"/>	Stato di cachessia
---------------------	--------------------------	---------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	--------------------

FEBBRE	<input type="checkbox"/>	Temperatura normale		CUTE e MUCOSE	<input type="checkbox"/>	Normale				
	<input type="checkbox"/>	Febbricola (37-37,5°C)			<input type="checkbox"/>	Sub cianotica	<input type="checkbox"/>	Cianotica		
	<input type="checkbox"/>	Febbre moderata (37.6-38.9°C)			<input type="checkbox"/>	ecchimotica	<input type="checkbox"/>	Petecchie		
	<input type="checkbox"/>	Febbre elevata (39-39,9°C)			<input type="checkbox"/>	Sub ittero	<input type="checkbox"/>	Ittero		
	<input type="checkbox"/>	Iperpiressia (>40°C)					<input type="checkbox"/>	Idratata	<input type="checkbox"/>	Secca
				LINGUA						

DOLORE

 NO

 SI

Da quanto tempo il Paziente accusa dolore? _____

Sede e caratteristiche del dolore _____

L'intensità de dolore (VAS) (1= meno dolore; 10= massimo dolore)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

TERAPIA	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"/>	Diidrocodiena	<input type="checkbox"/>	Dextropropoxifene	<input type="checkbox"/>	Idromorfone	<input type="checkbox"/>	Metadone		
							<input type="checkbox"/>	Bupreonorfina	<input type="checkbox"/>	Fentanyl		
	<input type="checkbox"/>	Radioterapia antalgica		<input type="checkbox"/>	Pompe elastometriche		Farmaci adiuvanti					
<input type="checkbox"/>	Termorizotomia		<input type="checkbox"/>	Cordotomia	<input type="checkbox"/>	Mielotomia	<input type="checkbox"/>				

ALIMENTAZIONE

Come si alimenta il Paziente?	Enterale	<input type="checkbox"/>	Autonomamente	Parenterale	<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"/>	

CUORE E VENTILAZIONE

Cuore	<input type="checkbox"/>	Regolare	Frequenza b/m		<input type="checkbox"/>	Aritmia benigna	<input type="checkbox"/>	Aritmia pericolosa		
			<input type="checkbox"/>	<100	<input type="checkbox"/>	>100				
Pressione arteriosa	<input type="checkbox"/>	Regolare				<input type="checkbox"/>	Ipotensione	<input type="checkbox"/>	ipertensione	
Classe NYHA	<input type="checkbox"/>	No classificazione	<input type="checkbox"/>	1° classe	<input type="checkbox"/>	2° classe	<input type="checkbox"/>	3° classe	<input type="checkbox"/>	4° classe
Ventilazione	<input type="checkbox"/>	Regolare	<input type="checkbox"/>	Meccanica non invasiva		<input type="checkbox"/>	Ventilatore meccanico	<input type="checkbox"/>	Tracheostomia	
Respirazione	<input type="checkbox"/>	Regolare	<input type="checkbox"/>	Dispnea lieve		<input type="checkbox"/>	Dispnea grave			

INCONTINENZA E DIURESIS

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

PIAGHE DA DECUBITO

Il paziente presenta piaghe da decubito o altre lesioni cutanee?	NO	SI	<u>Descrivere la sede e la stadiazione</u>
---	----	----	--

Catania _____

Timbro e firma del MMG/PLS