

**Centro Cure Palliative in Ricovero e a Domicilio**  
**RICHIESTA DI PRESA IN CARICO**

Data \_\_\_\_\_  
Struttura e/o medico inviante \_\_\_\_\_

La richiesta è per :      assistenza domiciliare        ricovero   

**Dati anagrafici del paziente**

(Tutti i dati forniti sono tutelati secondo il D.L.vo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni e/o modificazioni)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso    F     M   
Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

In questo momento il paziente è:

nella propria residenza/domicilio          in ospedale          altro  specificare: \_\_\_\_\_

**Dati Care Giver**

(Tutti i dati forniti sono tutelati secondo il D.L.vo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni e/o modificazioni)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, familiare o altro): \_\_\_\_\_

**Informativa Preliminare sulle Cure Palliative**

Gentile dottore, crediamo che l'ammissione in un Centro di Cure Palliative richieda una consapevolezza dei familiari sugli obiettivi e lo "stile" di tali cure. Tale "stile" implica che sia evitata ogni forma di accanimento diagnostico (TAC, ecc.) o terapeutico (interventi chirurgici e/o terapie rianimatorie). Crediamo quindi essenziale per l'ammissione al Centro che sia compilato il seguente questionario, insieme ad un parente autorizzato, come parte integrante della richiesta di assistenza:

- Il malato è consapevole della diagnosi?  
Si        No        Parzialmente
- Il malato è consapevole dell'esito infausto?  
Si        No        Parzialmente
- Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?  
Si        No        Parzialmente
- I familiari sono stati chiaramente informati che il malato per il quale è stata fatta domanda di assistenza sarà curato in un Hospice, cioè un Centro per malati terminali affetti da malattia inguaribile dove non verranno effettuate ulteriori terapie causali per la Sua malattia, ma solo per sintomi che causano sofferenza, come ad esempio nausea, decubiti, dolore?  
Si        No

Firma leggibile e timbro del medico compilatore

Firma leggibile di un parente autorizzato

**Nome e Cognome del paziente:** \_\_\_\_\_

### Scheda Medica

(Tutti i dati forniti sono tutelati secondo il D.L.vo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni e/o modificazioni)

Patologia principale: **oncologica**  **non oncologica**

Se non oncologica specificare la patologia: \_\_\_\_\_

Se oncologica specificare il tipo di tumore: \_\_\_\_\_

Stadio: \_\_\_\_\_

#### Metastasi:

- ossee  specificare la sede \_\_\_\_\_
- epatiche
- polmonari
- altro  specificare \_\_\_\_\_

Altre patologie rilevanti: \_\_\_\_\_

#### Sintomi

(barrare la casella se compaiono i sintomi indicati)

<input type="checkbox"/>	Dispnea
<input type="checkbox"/>	Confusione
<input type="checkbox"/>	Vomito / Nausea
<input type="checkbox"/>	Astenia / Fatica
<input type="checkbox"/>	Tosse
<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	Stipsi
<input type="checkbox"/>	Cefalea
<input type="checkbox"/>	Delirium
<input type="checkbox"/>	Xerostomia
<input type="checkbox"/>	Dispepsia
<input type="checkbox"/>	Prurito

<input type="checkbox"/>	Agitazione
<input type="checkbox"/>	Angoscia
<input type="checkbox"/>	Depressione
<input type="checkbox"/>	Ansia
<input type="checkbox"/>	Sopore
<input type="checkbox"/>	Insonnia
<input type="checkbox"/>	Vertigini
<input type="checkbox"/>	Tremori / Mioclonie
<input type="checkbox"/>	Anoressia
<input type="checkbox"/>	Disfagia
<input type="checkbox"/>	Sudorazione
<input type="checkbox"/>	Dolore

#### Dati di interesse clinico-assistenziale

(barrare la casella se sono presenti le specifiche di seguito)

<input type="checkbox"/>	Catetere venoso centr.
<input type="checkbox"/>	Catetere venoso perif.
<input type="checkbox"/>	Port a Cath
<input type="checkbox"/>	Ago sottocutaneo
<input type="checkbox"/>	Catetere epi / spi
<input type="checkbox"/>	Elastomero
<input type="checkbox"/>	Flebo
<input type="checkbox"/>	Pca
<input type="checkbox"/>	Sondino nasogastrico
<input type="checkbox"/>	Gastrostomia PEG
<input type="checkbox"/>	Nutriz. Parentelare tot.
<input type="checkbox"/>	Nutriz. Parentelare perif.

<input type="checkbox"/>	Catetere Vescicale
<input type="checkbox"/>	Ureterostomia
<input type="checkbox"/>	Nefrostomia
<input type="checkbox"/>	Ano Artificiale
<input type="checkbox"/>	Tracheostomia
<input type="checkbox"/>	Drenaggi
<input type="checkbox"/>	Incontinenza
<input type="checkbox"/>	Piaghe da decubito
<input type="checkbox"/>	Ascite
<input type="checkbox"/>	Versamento pleurico
<input type="checkbox"/>	Ossigenoterapia

Indicare l'intensità del dolore secondo la scala VAS (inserire un valore da 0 a 10): \_\_\_\_\_

Indicare l'indice di Karnofsky (inserire un valore da 10 a 100): \_\_\_\_\_

Il paziente necessita di trattamento oncologico? Sì  No

Se sì, di quale tipo? \_\_\_\_\_

Indicare una sintesi di eventuali consulenze specialistiche, indagini strumentali e/o esami ematochimici significativi (la cui documentazione sarà da presentarsi in sede di colloquio con l'Unità Valutativa dell'Hospice):

Prognosi quoad vitam sfavorevole in tempi:

molto brevi (<7gg.)  brevi  medi  lunghi (> 90gg.)

**Nome e Cognome del paziente:**

---

**Terapia in atto:**

	Farmaco e tipologia di somministrazione	Posologia
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

**Dati socio-ambientali**

*(Tutti i dati forniti sono tutelati secondo il D.L.vo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni e/o modificazioni)*

Eventuali situazioni di particolare disagio sociale:

- Malattie invalidanti
- Problemi psichiatrici
- Condizione abitativa insufficiente
- Tossicodipendenza/Alcolismo
- Minori a carico
- Indigenza
- Problematiche famigliari, sanitarie o sociali, gravi

Ruolo dei familiari:

- Costante e partecipe
- Parzialmente costante
- Assente

Se è stata barrata l'ultima casella specificare quali: \_\_\_\_\_

---

Eventuali ed ulteriori osservazioni del medico compilatore:

NOME E COGNOME DEL MEDICO COMPILATORE		
OSPEDALE E REPARTO DI APPARTENENZA O ALTRO RUOLO		
N. TEL.	N. FAX	E-MAIL
_____	_____	_____
FIRMA E TIMBRO		
_____		