

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/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	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"/>	

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 DIURESI

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	<input type="checkbox"/> Catetere a dimora
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°
			SEDE:				
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:	<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

