



Unità Operativa Complessa Cure Palliative - Hospice

Direttore: Dott.ssa Carla Longhi

Richiesta di assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative (STCP) Verifica di Congruità

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il ___ / ___ / ___ Età ___

Residenza _____ Via _____ N° _____

Telefono ___ / _____ Tessera sanitaria _____ Esenzione _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stato civile _____ Professione _____ Scolarità _____

MMG Dr. _____ Tel. ___ / _____ Cell. ___ / _____

Segnalato da : MMG RSA Familiari
 Ospedale _____ Reparto _____ Tel. ___ / _____
 Ambulatorio UCP Servizi sociali altro _____

Persona di riferimento _____ e-mail _____

Grado di parentela _____ Tel. ___ / _____ Cell. ___ / _____

Presenza di persone che accudiscono il paziente:

nessuna badante familiare più familiari (familiare + badante)

Situazione abitativa:

insufficiente sufficiente mediocre buona
 presenza barriere architettoniche

Stato socio-economico:

insufficiente sufficiente medio alto

Diagnosi:

□ Neoplasia:

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> colecisti | <input type="checkbox"/> esofago | <input type="checkbox"/> pancreas | <input type="checkbox"/> testa/ collo |
| <input type="checkbox"/> colon/retto | <input type="checkbox"/> fegato | <input type="checkbox"/> polmone | <input type="checkbox"/> utero |
| <input type="checkbox"/> emopoietico | <input type="checkbox"/> mammella | <input type="checkbox"/> prostata | <input type="checkbox"/> vescica |
| <input type="checkbox"/> encefalo | <input type="checkbox"/> ossa | <input type="checkbox"/> stomaco | <input type="checkbox"/> _____ |

□ Metastasi:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assenti | <input type="checkbox"/> linfonodali | <input type="checkbox"/> ossee |
| <input type="checkbox"/> encefaliche | <input type="checkbox"/> peritoneali | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> epatiche | <input type="checkbox"/> polmonari | <input type="checkbox"/> _____ |

□ Comorbilità:

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> arteriopatia | <input type="checkbox"/> diabete | <input type="checkbox"/> I.R. acuta |
| <input type="checkbox"/> BPCO | <input type="checkbox"/> Ictus pregresso | <input type="checkbox"/> I.R. cronica |
| <input type="checkbox"/> cirrosi | <input type="checkbox"/> IMA pregresso | <input type="checkbox"/> malattia psichiatrica |
| <input type="checkbox"/> depressione | <input type="checkbox"/> ipertensione | <input type="checkbox"/> _____ |

Accertamenti recenti: _____

Grado di consapevolezza del paziente:

- nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi
- rimuove la diagnosi e la prognosi
- conosce la diagnosi ma ignora la prognosi
- consapevole della terminalità ma non dell'imminenza di morte
- completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

Grado di consapevolezza della famiglia:

- consapevole della diagnosi ma non della prognosi
- consapevole della diagnosi e della prognosi

Grado di autonomia in ambiente domestico:

- allettato completamente dipendente parzialmente dipendente
- autonomo

Scelta del luogo di assistenza:

- | | | |
|--------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| □ Paziente: | <input type="checkbox"/> domicilio | <input type="checkbox"/> hospice |
| □ Famiglia: | <input type="checkbox"/> domicilio | <input type="checkbox"/> hospice |

Impossibilitato all'accesso sistematico ai servizi: si no

Terapia in atto: _____

Terapia antalgica: _____

- Presidi:**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> catetere vescicale | <input type="checkbox"/> Port-A-Cath/ CVC |
| <input type="checkbox"/> colonstomia | <input type="checkbox"/> SNG |
| <input type="checkbox"/> medicazioni complesse | <input type="checkbox"/> Tracheotomia |
| <input type="checkbox"/> Pace Maker | <input type="checkbox"/> ureterostomia |
| <input type="checkbox"/> PEG/Digiunostomia | <input type="checkbox"/> _____ |

Sintomi e segni:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> agitazione | <input type="checkbox"/> disuria | <input type="checkbox"/> sindrome mediastinica |
| <input type="checkbox"/> anoressia | <input type="checkbox"/> edemi | <input type="checkbox"/> singhiozzo |
| <input type="checkbox"/> ansia | <input type="checkbox"/> febbre | <input type="checkbox"/> sopore |
| <input type="checkbox"/> astenia | <input type="checkbox"/> grave insuff.za. d'organo | <input type="checkbox"/> sonnolenza |
| <input type="checkbox"/> cefalea | <input type="checkbox"/> infezioni cutanee | <input type="checkbox"/> stipsi |
| <input type="checkbox"/> coma | <input type="checkbox"/> insonnia | <input type="checkbox"/> tenesmo |
| <input type="checkbox"/> confusione | <input type="checkbox"/> ipertensione endocranica | <input type="checkbox"/> tremore |
| <input type="checkbox"/> delirio | <input type="checkbox"/> lesioni da decubito | <input type="checkbox"/> tosse |
| <input type="checkbox"/> depressione | <input type="checkbox"/> melena | <input type="checkbox"/> versamento ascitico |
| <input type="checkbox"/> diarrea | <input type="checkbox"/> nausea | <input type="checkbox"/> versamento pleurico |
| <input type="checkbox"/> disfagia | <input type="checkbox"/> prurito | <input type="checkbox"/> vertigine |
| <input type="checkbox"/> disorientamento S/T | <input type="checkbox"/> rantolo | <input type="checkbox"/> vomito |
| <input type="checkbox"/> disidratazione | <input type="checkbox"/> rischio di crisi convulsive | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> dispnea | <input type="checkbox"/> rischio di emorragia | <input type="checkbox"/> _____ |

Dolore (scala numerica da 0 a 10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

localizzazione: _____

irradiazione: _____

Stima clinica di sopravvivenza in giorni:

- da 0 a 10 fino a 30 fino a 60 fino a 90 oltre 90

Specificare ove necessario: _____

Commenti: _____

Consenso al trattamento domiciliare:

si

no

Cognome e Nome del Proponente:

Ente Proponente:

Firma:

Recapito telefonico: _____ / _____

Data di compilazione: ___ / ___ / ___

Il presente modulo deve essere compilato accuratamente in ogni sua parte e inviato per e-mail a:

hospice.infermieri@asst-lariana.it

per FAX

031 755.368 reparto Hospice

o in alternativa

031 755.279 Ass. "Il Mantello"

Data di ricevimento e- mail/fax ___ / ___ / ___