

SEGNALAZIONE ALLA RETE LOCALE CURE PALLIATIVE

Proponente

MMG PLS Struttura Ospedaliera _____ Altro _____

Sig./Sig.ra _____ data di nascita ____/____/____

Residente a _____ via _____

Nome familiare di riferimento _____ Telefono _____

Attualmente il paziente si trova:

● Ospedale _____

● Domicilio
 UCP-DOM
 no UCP-dom

 RSA _____ Altro _____

Situazione familiare: Vive solo SI NO

Caregiver: SI NO Adeguatezza Caregiver Bassa Media Alta

Diagnosi principale _____ data diagnosi _____

Manifestazioni secondarie _____

Altre patologie _____

Altre indicazioni del medico curante _____

Prognosi presunta: < 3 settimane 3-6 settimane oltre le 6 settimane

Apporto Alimentare: molto ridotto ridotto normale SNG/PEG NPT

Delirio: presente assente

Dispnea a riposo: presente assente

Edema: presente assente

Sintomi non controllati: dolore vomito stipsi/diarrea distress psicologico Altro _____

ECOG

Indice di Karnofsky

| | | | |
|---|--|--------|--------------------------|
| 0 | Paziente fisicamente attivo, in grado di svolgere senza restrizioni la normale attività preterapia | 100-90 | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Parzialmente limitato nell'attività fisica massima: può essere seguito in ambulatorio e svolgere un lavoro di entità leggera o di tipo sedentario | 80-70 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Paziente che deambula e in grado di accudire se stesso, ma incapace di svolgere ogni attività lavorativa. Resta alzato per più del 50% delle ore di veglia | 60-50 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Paziente in grado di accudire se stesso solo parzialmente e costretto a letto per più del 50% delle ore di veglia. | 40-30 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Paziente grave a letto e non in grado di accudire se stesso | 20-10 | <input type="checkbox"/> |

Motivazioni accesso alla RETE cure Palliative:

- Insufficiente controllo dei sintomi
- Impossibilità ad attuare l'assistenza domiciliare per problematiche sanitarie e/o sociali
- Altro _____

Grado di consapevolezza del paziente

Conosce la diagnosi: del tutto o quasi parzialmente per niente

Conosce la prognosi: del tutto o quasi parzialmente per niente

Grado di consapevolezza della persona di riferimento

Conosce la diagnosi: del tutto o quasi parzialmente per niente

Conosce la prognosi: del tutto o quasi parzialmente per niente

Tipologia di Cure Palliative ritenuta più opportuna dal proponente

- UCP-DOM
- Assistenza in Hospice
- Assistenza in Ambulatorio
- Assistenza Ospedaliera

Note _____

Telefono medico compilatore _____

Timbro e firma del medico

Data di compilazione _____

A cura del Medico Palliatore del Soggetto Erogatore

**VALUTAZIONE DELLA
SEGNALAZIONE ALLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE**

A seguito del colloquio effettuato con il paziente Sig./ra _____

o con i suoi familiari Si./ra _____

si certifica che sussistono non sussistono i criteri di eleggibilità RLCP.

Si ritiene che il setting/tipologia di cura ritenuto più opportuno risulta essere:

UCP-DOM Assistenza in Hospice Assistenza in Ambulatorio Assistenza Ospedaliera

Note _____

Telefono medico compilatore _____

Timbro e firma del medico

Firma del paziente/familiare _____

Data di compilazione _____