

PROPOSTA di PRESA IN CARICO presso UO di CURE PALLIATIVE ubicate nel territorio della ASL Roma H

ASSISTITO (cognome e nome) _____

Stato civile _____ CF _____

Residenza _____ cittadinanza _____

Domicilio _____

CAP _____ Città _____ Tel. _____

luogo di nascita _____ data nascita _____ età _____

Numero familiari conviventi > 18 anni _____ < 18 anni _____ ASL appart. _____

MUNICIPIO _____ MEDICO DI BASE _____

Tel. _____

DATI CLINICI DEL PAZIENTE

DIAGNOSI _____

METASTASI (se neoplasia): ossee epatiche polmonari cerebrali cutanee linfonodali altre

Si dichiara che la malattia di base è progressiva, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, e che ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione non è possibile né appropriata.

Dolore: si no non valutabile	CVC:
Autonomia: si no parziale	esterno parz. Imp. totalm. Imp. (port)
Trattamenti causali: CT RT altro	Groshong
Drenaggi: toracico addominale altro	STOMIA
Nutrizione artificiale: enterale parenterale	CATETERE VESCICALE
Decubiti: si no sede _____	S.N.G. INCONTIN. FECALE
	INCONTIN. URINARIA
	OSSIGENOTERAPIA
Ansia dispnea stipsi edemi	confusione depressione
Melena ittero anoressia insonnia sonnolenza fatica	
Diarrea vomito nausea ascite	versamento pleurico altro

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS (KPS):

GRADO 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Legenda per Karnofsky	
Normale, non evidenza di malattia	100
Svolge attività normale, modesti segni di malattia	90
Attività normale con sforzo, qualche segno di malattia	80
Inabile al lavoro, può accudire se stesso	70
Richiede solo occasionalmente assistenza	60
Richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche	50
Non può accudire se stesso	40
Molto compromesso,; è indicata l'ospedalizzazione per quanto la morte non sia imminente	30
Molto grave, ospedalizzazione necessaria; necessario trattamento attivo di supporto	20
Moribondo, stato agonico	10

DATI DI CHI VIVE COL PAZIENTE

NOME E COGNOME _____ PARENTELA _____

NOME E COGNOME _____ PARENTELA _____

PER LA PRIMA VISITA CONTATTARE: _____

TELEFONI: _____

PERSONE CHE RUOTANO PER L'ASSISTENZA

Familiare _____ telefono _____

Assistente dom.

Collab. Famil.

Altro

Situazioni di particolare disagio sociale

Handicap

tossicodipendenza

alcoolismo

Malattie invalidanti

minori a carico

paziente solo

Situazione abitativa insufficiente

condizioni economiche insuff.

Terapia _____ _____ _____			
PROPONENTE: medico curante altro _____	CAD	day hospital	ospedale
STRUTTURA PRESELTA: _____			
Prima assegnazione programmata: assistenza a domicilio assistenza in forma residenziale			
NOMINATIVO MEDICO PROPONENTE: _____			
MEDICO REFERENTE ¹ _____			
(Per gli ospedali e le case di cura) DENOMINAZIONE REPARTO _____			
DENOMINAZIONE MACROSTRUTTURA(Ospedale, Clinica, etc.) _____			
telefono _____ fax _____			
Firma e timbro del medico proponente			

¹ Indicare se della stessa Unità Operativa, ma diverso dal medico proponente.