

### RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE

Protocollo N° \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**1. Dati Anagrafici**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_ **M**  **F**

**LUOGO E DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_

**RESIDENZA** (se diversa dal domicilio) \_\_\_\_\_

**ASL DI RESIDENZA** \_\_\_\_\_ **DISTRETTO** \_\_\_\_\_ **Tel** \_\_\_\_\_

**Tel. cellulare** \_\_\_\_\_ **EMAIL** \_\_\_\_\_

#### Provenienza della Richiesta

Data della richiesta di presa in carico \_\_\_\_\_

**IL PAZIENTE ATTUALMENTE SI TROVA:**  a domicilio  in ospedale  altro (specificare) \_\_\_\_\_

Struttura di provenienza : \_\_\_\_\_

Richiedente (Firma e Timbro del Medico) \_\_\_\_\_ Recapito tel. Richiedente \_\_\_\_\_

#### Informativa preliminare

Il malato è consapevole della diagnosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il malato è consapevole della prognosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il familiare è consapevole della diagnosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il familiare è consapevole della prognosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il familiare è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il Paziente e/o Familiare sono stati chiaramente informati che è stata fatta la domanda di assistenza per l'UCP domiciliare o per l'hospice residenziale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il Paziente e/o Familiare acconsentono e sottoscrivono?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Firma del paziente o del familiare di riferimento \_\_\_\_\_

**2.Strutture Preferita di Ricovero** (segnalare le strutture in ordine di preferenza del paziente e famiglia):  
(Hospice San Cesario di Lecce, Hospice Casa Betania Tricase, Hospice Euroitalia Casarano)

	Struttura	Note
1	Hospice Casa Betania Tricase	
2		
3		

**3.Scheda Medica**

**Patologia principale**       oncologica                       non oncologica

Specificare la patologia \_\_\_\_\_

Sede eventuali metastasi  osso     encefalo     polmone     fegato     altro \_\_\_\_\_

Il paziente necessita di trattamento oncologico specifico?       NO     SI

**Precedenti trattamenti attuati:**

Chirurgia     Chemioterapia     Radioterapia     Nessuno     Altro \_\_\_\_\_

**Terapia in atto**

Farmaco	Dettagli terapia
Altre patologie rilevanti	

**Schede di valutazione**

Indice di Karnofsky			
<input type="checkbox"/>	100	Paziente in salute	<input type="checkbox"/> 50 Paziente che richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata
<input type="checkbox"/>	90	Paziente con segni e sintomi di malattia tali da permettere un'attività lavorativa normale	<input type="checkbox"/> 40 Paziente inabile richiede cure continue, allettato per più del 50% del giorno
<input type="checkbox"/>	80	Paziente che svolge un'attività normale ma con fatica	<input type="checkbox"/> 30 Paziente con indicazione a ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio; supporto domiciliare intenso
<input type="checkbox"/>	70	Paziente incapace di lavorare ma può badare a sé stesso	<input type="checkbox"/> 20 Paziente con gravi compromissioni di funzione di organo (una o più) irreversibili
<input type="checkbox"/>	60	Paziente incapace di lavorare e richiede assistenza per camminare	<input type="checkbox"/> 10 Paziente moribondo

Indice del dolore (Indicare l'intensità del dolore secondo la scala NRS)

	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Sede del dolore (specificare)											

Sintomi principali (barrare le caselle se compaiono i sintomi indicati)

<input type="checkbox"/> Agitazione	<input type="checkbox"/> Angoscia	<input type="checkbox"/> Anoressia	<input type="checkbox"/> Ansia
<input type="checkbox"/> Astenia/Fatica	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Confusione	<input type="checkbox"/> Delirium
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Dispepsia
<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Edemi	<input type="checkbox"/> Emorragia	<input type="checkbox"/> Febbre
<input type="checkbox"/> Insonnia	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Sopore
<input type="checkbox"/> Stipsi	<input type="checkbox"/> Sudorazione	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Tremori/Mioclonie
<input type="checkbox"/> Vertigini	<input type="checkbox"/> Vomito/Nausea	<input type="checkbox"/> Xerostomia	<input type="checkbox"/> Altro
<b>Altre problematiche</b>	<input type="checkbox"/> Alcolismo	<input type="checkbox"/> Tossicodipendenza	<input type="checkbox"/> Problemi psichiatrici

Problematiche assistenziali

Nutrizione artificiale	Parenterale	Periferica	<input type="checkbox"/>	Catetere venoso centrale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Centrale	<input type="checkbox"/>			
		Nessuna	<input type="checkbox"/>			
	Enterale	SNG	<input type="checkbox"/>	Stomie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		PEJ	<input type="checkbox"/>	Drenaggi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		PEG	<input type="checkbox"/>			
Nessuna	<input type="checkbox"/>	Medicazioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Ossigeno terapia	Al bisogno	<input type="checkbox"/>	Lesioni da pressione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Continuativa	<input type="checkbox"/>				
	Nessuna	<input type="checkbox"/>	Terapia trasfusionale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Ventilazione meccanica a lungo termine	Invasiva	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Non invasiva	<input type="checkbox"/>				
	Nessuna	<input type="checkbox"/>				

4. Dati del/dei Familiari di riferimento

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, o altro familiare) \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefoni fisso e cellulare \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Altre persone di sostegno \_\_\_\_\_

Situazione sociale

Convivente con malattie invalidanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Minori a carico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Convivente con problemi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Persona sola	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Convivente con etilismo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Problematiche familiari sociali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Convivente con tossicodipendenza	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Abitazione non idonea	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

Ruolo dei familiari

costante e attivo       parzialmente attivo       occasionale, su richiesta       inconsistente

**5. Piano Assistenziale Individuale** (barrare i bisogni individuati al momento della richiesta)

<input type="checkbox"/> Controllo del dolore	<input type="checkbox"/> Controllo sintomi psicocomportamentali (angoscia, agitazione, delirium, etc...)
<input type="checkbox"/> Controllo dispnea	<input type="checkbox"/> Controllo sintomi gastroenterici (nausea, vomito, subocclusione, etc...)
<input type="checkbox"/> Medicazioni complesse	<input type="checkbox"/> Gestione fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee etc..
<input type="checkbox"/> Altra macroprestazione	<input type="checkbox"/> Sedazione terminale
<input type="checkbox"/> Ascolto/supporto al paziente e famiglia	<input type="checkbox"/> Accudimento del paziente per autonomia ridotta o assente
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	

Scheda informativa sulla privacy ed autocertificazione (DCA 431/2012)

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da Lei forniti formano oggetto di trattamento da parte di questo servizio.

- 1) Quali dati trattiamo? I dati identificativi (nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, telefono) e quelli inerenti il suo stato di salute e le sue condizioni sociali, indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia, che ci lega.
- 2) Come raccogliamo i dati, perchè li trattiamo? I dati vengono raccolti attraverso i modelli compilati dal suo medico di fiducia ed anche: direttamente da noi durante la segnalazione e l'accettazione della richiesta, la visita, e talora telefonicamente. Essi vengono raccolti e registrati parzialmente su carta e parzialmente a livello informatico, per le finalità esplicite e legittime connesse all'assistenza richiesta. Ai dati può accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure minime di sicurezza previste dal Codice delle Privacy.
- 3) E' obbligatorio fornire i dati, cosa accade se non vengono forniti? I dati personali richiesti sono assolutamente necessari per le finalità del servizio, senza di essi non possiamo soddisfare le sue necessità, il rifiuto a fornirli comporterà quindi l'impossibilità di instaurare il rapporto necessario per assisterla.
- 4) A chi possono essere comunicati i dati, quali è l'ambito di diffusione? Nell'ambito delle attività di tipo amministrativo-sanitario si rende spesso necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati a diversi soggetti quali ad esempio laboratorio analisi, farmacia, Medico Curante, "RSA", hospice, reparti ospedalieri, soggetti accreditati del ruolo sanitario che operano per conto della ASL. Per gli utilizzatori di apparecchi elettro-medicali salvavita (es. ventilatori ed aspiratori) il pianto anti black-out prevede inoltre comunicazione nell'Ente erogatore di energia elettrica, dall'ufficio della protezione civile ed al 118. Nel caso di assistiti che necessitano anche di interventi socio-assistenziali (ambito amministrativo sociale) le comunicazioni possono essere necessarie con i servizi sociali del comune o del consorzio dei comuni del distretto. La ASL ed il comune si impegnano a non comunicare o diffondere alcuna informazione che la riguarda a fini diversi da quelli enunciati. Ovviamente rispondiamo alle intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, collaboriamo nei procedimenti legali ed adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e organi di vigilanza e controllo.
- 5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere? Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, direttamente a noi o alla Direzione Aziendale, in qualsiasi forma (e-mail, fax, lettera). In relazione al trattamento di dati personali Lei ha difatti diritto: A) di indicare i soggetti da escludere nelle fasi di comunicazione B) di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati C) di fare aggiornare, integrare, rettificare o cancellare tali dati, D) di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma, E) nell'esercizio di tali di dritti può conferire, per iscritto, delega o procura o persone fisiche o ad associazioni.
- 6) Chi tratta materialmente i dati, chi ne è titolare? Ogni professionista della ASL e del Comune secondo le sue personali esigenze svolge la funzione di titolare del trattamento dati.

Acconsento al trattamento esclusivamente ai seguenti soggetti (cancellare quelli che non interessano): MEDICO

FAMIGLIA / MEDICO OSPEDALIERO / OPERATORE PUA / UOSD CURE PALLIATIVE / ALTRO

NON AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare a chiunque notizie sul mio stato di salute ovvero la presenza presso questa struttura.

AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare notizie sul mio stato di salute ovvero la mia presenza presso questa struttura esclusivamente alle seguenti persone:

Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE SPECIALISTICA** Eleggibile Non eleggibile (motivazione) \_\_\_\_\_**Setting Appropriato:**  Residenziale  Domiciliare **PAI:**  CP simultanee \_\_\_\_\_ gg  CP fine vita \_\_\_\_\_ gg**Punteggio priorità di accesso in Hospice:** \_\_\_\_\_

CARATTERISTICA	PUNTEGGIO
Data di protocollo	1
Paziente proveniente dal domicilio	2
Sintomatologia critica non controllabile a domicilio	3
Paziente senza possibilità di assistenza domiciliare	3
Famiglia con fragilità psico-sociale	3
Sollievo temporaneo della famiglia dal carico assistenziale	2
Trasferimento dal reparto	1

**VALUTAZIONE U.V.M. DISTRETTUALE**

Seduta del \_\_\_\_\_

Eleggibile per l'inserimento in programma di Cure Palliative Residenziali:  **SI**  **NO**

PER GIORNI \_\_\_\_\_ A DECORRERE DAL \_\_\_\_\_

Struttura individuata:

 **Hospice San Cesario di Lecce** **Hospice Casa Betania Tricase** **Hospice Euroitalia Casarano**

Firma M. Palliativista \_\_\_\_\_

Firma Direzione del Distretto \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE (RISERVATA ALL'AREA SOCIO-SANITARIA)****- Il Direttore Area Socio-Sanitaria**

- ✓ Vista la Valutazione dell'U.V.M. del Distretto Socio-Sanitario di Casarano;
- ✓ Visto il parere favorevole del Direttore dell'UOSD Cure Palliative Aziendale

**AUTORIZZA**

L'inserimento del paziente presso la Struttura:

 **Hospice San Cesario di Lecce** **Hospice Casa Betania Tricase** **Hospice Euroitalia Casarano**

Firma \_\_\_\_\_