Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FUNZIONALE PER LE CURE PALLIATIVE

SCHEDA DI SEGNALAZIONE ALL'EQUIPE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

(da inviare all'equipe di valutazione del territorio di .....)

Proponente:
○ MMG ○ PDF ○ Struttura _____ (Specificare) ○ Altro _____ (Specificare)

Cognome: _____ Nome: _____

data di nascita: _____ Codice Fiscale: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

LEGENDA: MMG: Medico di Medicina Generale; PDF: Pediatra di Famiglia

Per il Sig./Sig.ra: _____ (Cognome) _____ (Nome)

○ M ○ F _____ (sesso) (data di nascita) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (Codice Fiscale)

_____ (domicilio) _____ (N. civico) _____ (Comune)

_____ (Telefono 1(obbligatorio)) _____ (Telefono) _____ (Altri recapiti)

_____ (Eventuale Centro Specialistico di riferimento)

Situazione familiare: vive solo/a ○ con badante ○ con coniuge/convivente ○ con figlio/a ○ con genitore ○ con parente ○ famiglia con più persone ○

_____ (Persona di riferimento) _____ (Relazione con il paziente) _____ (Telefono) _____ (e-mail)

Note *Inserire note*

Diagnosi principale: ○ Oncologica ○ Non oncologica
precisare diagnosi:

Indicazione a: ○ **Cure Palliative simultanee** ○ **sole Cure Palliative**

Comorbilità *(se diverse dalla patologia per cui si richiede la presa in carico)*
☐ Cardiovascolari ☐ Respiratorie ☐ Metaboliche ☐ Neurologiche

Eventuali note *Inserire eventuali note*

Terapie in atto: *Inserire la descrizione delle terapie in atto....*

Sintomi *LEGENDA: NRS: scala numerica del dolore*

☐ Dolore	ben controllato	si	no	☐ Astenia	
	NRS _____ (da 1 a 10)				
☐ Dispnea	ben controllata	si	no	☐ Disfagia	parziale assoluta
☐ Emorragia	ben controllata	si	no	☐ Febbre	
☐ Delirium	ben controllato	si	no	☐ Altro	

Condizioni patologiche e relativi presidi sanitari di supporto

☐ Catetere vescicale (data ultima sostituzione:)	☐ Ureterocutaneostomia
☐ Catetere venoso centrale (data ultima medicazione:)	☐ Drenaggi
☐ Tracheostomia	☐ Medicazioni complesse
☐ Enterocolostomia	☐ Nutrizione parenterale
☐ Nutrizione enterale	☐ Altro

Grado di consapevolezza del paziente

Conosce la diagnosi: ○ del tutto o quasi ○ parzialmente ○ vagamente ○ per niente

Conosce la prognosi: ○ con ragionevole precisione ○ vagamente ○ per niente

Tipologia di Cure Palliative ritenuta più opportuna dal proponente

○ Approccio del solo MG/PLS

○ Cure palliative di base (con ADI-voucher)

Cure palliative specialistiche: ○ Domiciliari (STCP) ○ In Hospice - UOCP

○ Altro (specificare):

Karnofsky Performance Status: punteggio (da 1 a 100) ☐

Attività lavorativa	Attività quotidiane	Cura personale	Sintomi / supporto sanitario	
completa	completa	completa	nessuno	100
lieve difficoltà	lieve difficoltà a camminare	completa	segni/sintomi minori / calo ponderale < 5% / calo energie	90
lieve-grave difficoltà	lieve/moderata difficoltà a camminare/guidare	lieve difficoltà	alcuni sintomi / calo ponderale < 10% / calo moderato di energie	80
inabile	moderata difficoltà / si muove prevalentemente in casa	moderata difficoltà	alcuni segni/sintomi / calo grave di energie	70
	grave difficoltà a camminare e guidare	moderata-grave difficoltà	segni/sintomi maggiori / grave calo ponderale > 10%	60
	alzato per più del 50% ore giorno	grave difficoltà	supporto sanitario frequente / paziente ambulatoriale	50
	a letto per più del 50% ore giorno	limitata alla cura di sé	assistenza sanitaria straordinaria / frequenza e tipo interventi	40
	Inabile	inabile	indicato ricovero ospedaliero o domiciliare / supporto sanitario a > intensità	30
			grave compr. una/più funzioni vitali irreversibile	20
			rapida progressione processi biologici mortali	10
			morto	0

Data Prevista dimissione: _____

Indicare email a cui verranno inviate le risposte _____