



DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FUNZIONALE PER LE CURE PALLIATIVE

SCHEMA DI SEGNALAZIONE ALL'UCAM

(da inviare alla UCAM del Distretto di)
Riferimenti UCAM sempre aggiornati disponibili sul sito www.aslbrescia.it

Proponente:

☐ MMG ☐ PDF ☐ MCA ☐ Struttura ☐ Altro _____
Specificare

Per il Sig./Sig.ra:

Cognome _____ Nome _____
☐ M ☐ F _____
sesso data di nascita Codice Fiscale _____
domicilio _____ N. civico _____ Comune _____
Telefono fisso _____ Telefono cellulare _____ Altri recapiti _____
Eventuale Centro Specialistico di riferimento _____

Situazione familiare:

vive solo

☐

SI

☐

NO

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

Note _____

Diagnosi principale:

☐ Oncologica☐ Non oncologica

Indicazione a:

☐ Cure Palliative simultanee☐ sole Cure Palliative

Comorbidità: (se diverse dalla patologia per cui si richiede la presa in carico)

☐ Cardiovascolari☐ Respiratorie☐ Metaboliche☐ NeurologicheEventuali note _____

_____Terapie in atto: _____

LEGENDA: MMG: Medico di Medicina Generale; PDF: Pediatra di Famiglia; MCA: Medico di Continuità Assistenziale;
UCAM: Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale; UOCP: Unità Operativa (ospedaliera) Cure Palliative;
STCP: assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative (gestita da UOCP); NRS: scala numerica del dolore

Sintomi:

☐ Dolore	controllato ☐ si ☐ no NRS _____ (da 0 a 10)	☐ Astenia
☐ Dispnea	controllata ☐ si ☐ no	☐ Disfagia parziale ☐ assoluta ☐
☐ Emorragia	controllata ☐ si ☐ no	☐ Febbre
☐ Delirium	controllato ☐ si ☐ no	☐ Altro _____

Condizioni patologiche e relativi presidi sanitari di supporto:

☐ Catetere vescicale	☐ Ureterocutaneostomia
☐ Catetere venoso centrale	☐ 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

Grado di consapevolezza della/e persona/e di riferimento

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:

☐ STCP	☐ Approccio palliativo	☐ ADI-CP
☐ UOCP	☐ Hospice Socio Sanitario	☐ Altro

Specificare _____

Karnofsky Performance Status: punteggio

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

Luogo, data

Cognome, Nome e Firma

Timbro (o recapiti)