

**UOSD Cure Palliative
Responsabile Dott. Giovanni Siena****Allegato A****RICHIESTA DI CONSULENZA PER:**

- ☐ **Medicina Palliativa**
- ☐ **Cure Palliative precoci e Simultanee**
- ☐ **Valutazione Percorso Assistenziale (Unità Valutativa Cure Palliative)**

Paziente Sig./ra _____ nato/a il ____/____/____

Residenza _____

Domicilio se diverso dalla residenza _____

Contatti Telefonici _____

Provenienza☐ Ospedale, ricoverato presso UO _____☐ RSA (specificare) _____☐ Proprio Domicilio _____Presenza Care Giver ☐ SI ☐ NO

Dati del Care Giver Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela _____ Altro _____

Contatti telefonici del Care Giver _____

Diagnosi Principale: _____

Stato di malattia : ☐ Attiva ☐ Cronica ☐ Progressione ☐ Fase avanzata/terminaleIl paziente sta eseguendo trattamento CHT: ☐ SI ☐ NO

Se si Specificare farmaci utilizzati _____

Sta eseguendo Radioterapia ☐ SI ☐ NO

Se si sede _____

Il paziente sta eseguendo trattamento Immunoterapia: ☐ SI ☐ NO

Se si Specificare _____

Altre patologie rilevanti _____

UOSD Cure Palliative
Responsabile Dott. Giovanni Siena

Dolore SI ☐ NO ☐ Sede _____

Misurazione del Dolore NRS _____ Scala Verbale _____

Segni e Sintomi Principali

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Dispnea | ☐ Diarrea | ☐ Febbre | ☐ Tosse |
| ☐ Disidratazione | ☐ Stipsi | ☐ Nausea | ☐ Disfagia |
| ☐ Cefalea | ☐ Vertigini | ☐ Insonnia | ☐ Stato ansioso/depressivo |
| ☐ Confusione | ☐ Tremori/miocloni | ☐ Agitazione Psicomotoria | ☐ Delirium |
| ☐ Astenia/fatigue | ☐ Anoressia/cachessia | ☐ Stato soporoso | |
| ☐ Versamento pericardico | ☐ Versamento ascitico | ☐ Versamento Pleurico | ☐ Edemi ☐ Stato anasarcatco |
| ☐ Altro _____ | | | |

☒	GRADO	ECOG
☐	0	Completamente attivo e in grado di eseguire tutte le attività precedenti alla malattia senza limitazioni
☐	1	Limitato nelle attività fisicamente ardue ma in grado di eseguire lavori leggeri e sedentari
☐	2	Capace di provvedere completamente a se stesso, ma incapace di eseguire attività lavorative di qualsiasi grado. In piedi più del 50 % delle ore di veglia
☐	3	Capace di provvedere a se stesso solo limitatamente. Confinato a letto o in poltrona per più del 50% delle ore di veglia
☐	4	Completamente inabile. Non in grado di provvedere a se stesso. Completamente confinato a letto o in poltrona
☐	5	Decesso

☒	GRADO	Australian modified Karnofsky Performance Status (aKPS)
☐	100%	Non vengono rilevati disturbi e non ci sono segni di malattia. La persona è in grado di svolgere le normali attività e di lavorare
☐	90%	I sintomi sono lievi ed è possibile per il paziente svolgere le normali attività.
☐	80%	Maggiore evidenza dei sintomi della malattia. Il paziente può svolgere attività con difficoltà
☐	70%	La persona malata è in grado di prendersi cura di sé stessa. Non è però in grado di lavorare e svolgere le normali attività.
☐	60%	Il malato è indipendente rispetto ai bisogni personali ma necessita di assistenza occasionale
☐	50%	Si rende necessario un supporto per le normali attività e il paziente richiede frequenti cure mediche.
☐	40%	Il Paziente passa a letto un tempo > del 50% della giornata
☐	30%	Il paziente è quasi totalmente allettato
☐	20%	Il paziente è totalmente allettato e necessita di assistenza continua
☐	10%	Paziente in coma. Prossimo al decesso.
☐	0%	Decesso

Data ____/____/____

Richiedente _____

Telefono _____

CONSULENZA DI:

- ☐ **Medicina Palliativa**
- ☐ **Cure Palliative precoci e Simultanee**
- ☐ **Valutazione Percorso Assistenziale (Unità Valutativa Cure Palliative)**

Valutazione

ECOG _____

Akps _____

Stima dei Bisogni assistenziali ☐ semplici ☐ complessi

Presenza di care-giver ☐ sì ☐ no ☐ parziale

Situazione sociale

☐ familiari presenti e assenti problematiche sociali

☐ familiari parzialmente presenti

☐ familiari assenti ☐ problematiche sociali e/o familiari

☐ presenza di minori o disabili nel nucleo familiare

Note

Percorso Proposto

Terapia Proposta

Data ____/____/____

Il Medico Palliativista _____