



Distretto di _____

**Modulo per la scelta tra le Associazioni Accreditate
in provincia di Messina per l'erogazione di
CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**

Il Paziente _____

Nato a _____ Prov. ____ il _____ Residente a

_____ Via/P.zza _____

(Oppure)Il Sottoscritto _____ nella qualita' di * _____

del Sig. _____ residente a _____

Via/P.zza _____ tel/cell _____

*(grado di parentela)

Dichiara

Che, informato che tale servizio viene erogato in questa Provincia dalle seguenti Associazioni:

- ANTEA Onlus 0909146067 - Sede: Via E. Lombardo Pellegrino n. 23 C
- SISIFO Onlus 0909799542 - Sede Via L. Cadorna is. 212

Di scegliere liberamente di essere assistito da:

**N.B. La scelta della Onlus, ad esclusiva volontà del paziente o dei familiari,
è vincolante per l'ASP 5 Messina ma può essere modificata in qualunque momento su esplicita e
motivata richiesta**

DATA _____

FIRMA _____



Al PUA del Distretto di _____

**AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE
MESSINA**

Modulo A

Il Sottoscritto/a _____

In qualità di* _____

Reperibile al seguente indirizzo: _____

Città _____

Recapiti telefonici _____

CHIEDE LA PRESA IN CARICO PER

(il programma assistenziale sottoscritto ha solo valore indicativo, la scelta del programma avverrà in sede UVM):

CURE

DOMICILIARI

RICOVERO IN RSA

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

RICOVERO IN HOSPICE

Per il/la paziente _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Cod. Fisc. Recapito telefonico _____

Si specifica che il MMG dell'assistito/a è il Dott** _____

Reperibile al seguente indirizzo: _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Si allega scheda clinica (ALL. 2)

Firma e timbro del MMG/MEDICO CURANTE ***

Firma del Richiedente

DATA _____

*specificare rapporto di parentela o conoscenza con il paziente o se MMG o altro sanitario;

**qualora fosse diverso dal richiedente;

***per Medico Curante si indica il Sanitario che ha in cura il Paziente.

Regione Siciliana – Azienda Sanitaria Provinciale di Messina – Via La Farina, 263/N – 98123 Messina – C.F.03051870834



Il Sottoscritto MMG dott.

Cognome	Nome	Cod. Reg
Recapito telefonico		

chiede

di attivare l'**ASSISTENZA DOMICILIARE CURE PALLIATIVE** per _l_ propri_ assistit_

Cognome	Nome	Età
Luogo e data di nascita	C. F.:	
Residenza	Domicilio attuale c/o	
Telefono	Cellulare	

Affetto da:

DIAGNOSI:
TIPO ISTOLOGICO:
METASTASI:

AKTRE PATOLOGIE:

.....
.....
.....
.....

Familiare di riferimento (grado di parentela):

Cognome	Nome
Indirizzo:	
Telefono:	Cellulare:

Data _____

Firma e timbro del MMG/MEDICO CURANTE



SCHEDA ANAGRAFICA

Cognome _____ Nome _____ M F

Cognome del coniuge _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____ N° _____ Sc. _____ piano _____

Citofono _____ telefono _____ Cellulare _____

Residenza anagrafica (solo se è diversa dal domicilio abituale) _____

C. F. _____ Stato civile _____

Vive solo NO SI con chi? Parente stretto Vicino di casa Altro Nessuno

Cognome e nome della persona con cui abita _____

Legame _____ Tel. Casa _____ Tel. Lavoro _____

Persona o parente da contattare in caso di emergenza _____

Telefono: _____ Indirizzo: _____

Esenzione Ticket: NO SI Quale: _____ N°: _____

Prima istanza di invalidità: NO SI Data: _____ N° di Protocollo: _____

Riconoscimento invalidità: NO SI ____% dal _____ Indennità di accompag: NO SI

Presidi già assegnati: _____

Sedia a rotelle Lettino antidecubito Materassino Aspiratore Pannoloni

Altro _____

Necessità a suo avviso di _____

Medico curante Dr.: _____ n. cod: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Note _____

Firma del Familiare o compilatore

Data _____



DISTRETTO SANITARIO.....

U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA PAZIENTI FRAGILI

MODULO A CURA DEL MEDICO CURANTE
Integrante la richiesta di cure palliative e la rivalutazione sanitaria della S.V.A.M.A.

Le cure palliative sono l'insieme di interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti alla persona malata che al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale del paziente la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici (art. 2, L. n. 38/2010)

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Diagnosi: _____
 La patologia per cui si richiede la valutazione è stata diagnosticata il : _____
 Bisogni: _____
 Luogo (ospedale, reparto) e data dell'ultimo ricovero: _____

Il paziente effettua trattamenti rivolti alla sua malattia? SI NO

Se SI specificare se chemioterapia, radioterapia, altro, _____

Se SI, in che regime: ambulatoriale Day Hospital altro
 Specificare dove _____

VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE-STATUS SECONDO KARNOFSKY (KPS)				
ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' QUOTIDIANA	CURA PERSONALE	SINTOMI/SUPPORTO SANITARIO	PUNTEGGIO
COMPLETE	COMPLETE	COMPLETE	NESSUNO	100
DIFFICOLTA' LIEVE	LIEVE DIFFICOLTA'	COMPLETE	SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 5% - Calo energie*	90
DIFFICOLTA' LIEVE-GRAVE	DIFFICOLTA' LIEVE-MODERATA (camminare-guidare)	LIEVE DIFFICOLTA'	SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 10% - Calo energie **	80
INABILE	DIFFICOLTA' MODERATA (camminare-guidare)	MODERATA DIFFICOLTA'	ALCUNI SEGNI E SINTOMI Calo grave di energie - Calo energie **	70
	GRAVE DIFFICOLTA' A camminare - guidare	DIFFICOLTA MODERATA-GRAVE	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI grave calo ponderale >10%*** - Calo energie	60
	ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	GRAVE DIFFICOLTA'	RICHIEDE SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE (Può affrontare cure ambulatoriali se adeguatamente supportato)	50
	A LETTO-POLTRONA OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	LIMITATA CURA DI SE'	NECESSITA DI SUPPORTO QUALIFICATO (domiciliare o residenziale)	40
	INABILE	INABILE	SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO PER FREQUENZA E TIPO D'INTERVENTO	30
ATTRIBUIRE IL LIVELLO COMPLESSIVO IN BASE AL CRITERIO MAGGIORITARIO (PRIORITA') DI ATTIVITA' QUOTIDIANE E CURA PERSONALE			GRAVE COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI ORGANICHE VITALI Necessita di continua assistenza	20
*Saltuari: non condizionati supporti terapeutici continuativi **saltuari o costanti: condizionanti spesso da supporti terapeutici ***costanti: invalidanti condizionanti supporto terapeutico			MORIBONDO.Processi di malattia fatali rapidamente progressivi	10
			MORTO	0

S.V.A.M.A.



DISTRETTO SANITARIO.....

U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA PAZIENTI FRAGILI

Stato di coscienza:	Vigile attento <input type="checkbox"/>	Assopito <input type="checkbox"/>	Soporoso <input type="checkbox"/>	Coma <input type="checkbox"/>	Stato vegetativo <input type="checkbox"/>
Stato di consapevolezza della malattia da parte del paziente:	Non so <input type="checkbox"/>	Completa consapevolezza <input type="checkbox"/>	Consapevolezza della diagnosi ma non della prognosi <input type="checkbox"/>	consapevolezza nel complesso dubbia <input type="checkbox"/>	Consapevolezza assente <input type="checkbox"/>
Stato di consapevolezza della malattia da parte della famiglia:	Non so <input type="checkbox"/>	Completa consapevolezza <input type="checkbox"/>	Consapevolezza della diagnosi ma non della prognosi <input type="checkbox"/>	consapevolezza nel complesso dubbia <input type="checkbox"/>	Consapevolezza assente <input type="checkbox"/>

DOLORE NO SI NON VALUTABILE

Se la risposta è SI, compilare il campo sottostante

Da quanto tempo il paziente accusa dolore? _____

Sede e caratteristica del dolore _____

Indicare l'intensità del dolore al momento della valutazione: segnare con una X il numero corrispondente all'intensità nella Scala NRS a 11 punti (0= nessuno; 10= massimo valore)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NO DOLORE	DOLORE LIEVE			DOLORE MODERATO			DOLORE FORTE		DOLORE INSOPPORTABILE	

Indicare la massima intensità del dolore nei tre giorni precedenti la valutazione: segnare con una X il numero corrispondente all'intensità nella SCALA NRS a 11 punti (0= nessuno; 10= massimo valore)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NO DOLORE	DOLORE LIEVE			DOLORE MODERATO			DOLORE FORTE		DOLORE INSOPPORTABILE	

TERAPIA PRATICATA: segnare con una X la classe di farmaci

Farmaci non oppiacei	Oppiacei minori				Oppiacei maggiori		
<input type="checkbox"/> Paracetamolo	<input type="checkbox"/> Codeina	<input type="checkbox"/> Tramadalolo		<input type="checkbox"/> Morfina	<input type="checkbox"/> Ossicodone		
<input type="checkbox"/> FANS	<input type="checkbox"/> Paracetamolo	<input type="checkbox"/> Codeina		<input type="checkbox"/> Tramadalolo	<input type="checkbox"/> Morfina		
<input type="checkbox"/> Altro:					<input type="checkbox"/> Buprenorfina	<input type="checkbox"/> Fentanyl	

Specificare se la Terapia è praticata: AL BISOGNO AD ORARI PROGRAMMATI

NUTRIZIONE

Come si nutre il paziente?	E N T E R A L E	<input type="checkbox"/> Autonomamente	P A R E N T E R A L E	<input type="checkbox"/> Tramite catetere venoso
		<input type="checkbox"/> Con aiuto per bocca		<input type="checkbox"/> Tramite sistema Port-a-cath
		<input type="checkbox"/> Per SNG		<input type="checkbox"/> PICC
		<input type="checkbox"/> Per PEG		<input type="checkbox"/>



DISTRETTO SANITARIO.....

U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA PAZIENTI FRAGILI

VENTILAZIONE

Ventilazione	<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Meccanica non invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilatore meccanico
Respirazione	<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Dispnea lieve	<input type="checkbox"/> Dispnea grave

ALVO E DIURESIS

Diuresi	<input type="checkbox"/> Regolare		<input type="checkbox"/> Oliguria lieve		<input type="checkbox"/> Oliguria grave		<input type="checkbox"/> Anuria
Incontinenza urinaria	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pannoloni	<input type="checkbox"/> Urostomia	<input type="checkbox"/> Cateterismo ad intermittenza	<input type="checkbox"/> Catetere esterno o condom	<input type="checkbox"/> Catetere a dimora
Incontinenza fecale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pannoloni		<input type="checkbox"/> Enterostomia		

LESIONI CUTANEE

Il paziente presenta piaghe da decubito o altre lesioni cutanee?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Descrivere la sede e la stadiazione	I	II	III	IV
			SEDE: _____				
Legenda: I Stadio: infiammazione e distruzione dell'epidermide; II Stadio: distruzione del derma; III Stadio: distruzione del sottocute e del pannicolo adiposo; IV Stadio: necrosi dei muscoli, del periosto ed eventualmente dell'osso.							

Attesa di vita presunta: <input type="checkbox"/> < 1 settimana <input type="checkbox"/> < 2 mesi <input type="checkbox"/> > 2 mesi ma meno di 6 <input type="checkbox"/> 6 mesi o più

Il paziente vive da solo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se è NO con chi vive?	<input type="checkbox"/> Con il coniuge	
				<input type="checkbox"/> Con i figli	
				<input type="checkbox"/> Con la badante	
				<input type="checkbox"/> Con altri.....	
Il paziente è assistito tutto il giorno?	<input type="checkbox"/> Si nelle 24 h		<input type="checkbox"/> Solo di giorno	<input type="checkbox"/> Solo di notte	<input type="checkbox"/> In modo discontinuo
Da chi è assistito?	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figli	<input type="checkbox"/> Badante	<input type="checkbox"/> Servizi Sociali Comunali	<input type="checkbox"/> Altri

Data _____

Timbro e firma del Medico Curante(*)

(*) MMG o Medico Ospedaliero