

**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE**  
 (FACSIMILE DELLA SCHEDA VISUALIZZABILE NELLA PIATTAFORMA REGIONALE SIAT - APPLICATIVO HOSPICE)

Protocollo	data
------------	------

**1.Dati Anagrafici**

COGNOME	NOME	
CODICE FISCALE	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
LUOGO E DATA DI NASCITA		
DOMICILIATO IN VIA/P.ZZA	CAP	
RESIDENZA (se diversa dal domicilio)		
ASL DI RESIDENZA	DISTRETTO	Tel
Tel. cellulare	EMAIL	

La richiesta è per:

Hospice residenziale  Unità di Cure Palliative domiciliare (UCP)

Obiettivi di cura:  controllo dei sintomi  supporto alla famiglia

**Provenienza della Richiesta**

Data della richiesta di presa in carico	
IL PAZIENTE ATTUALMENTE SI TROVA: <input type="checkbox"/> a domicilio <input type="checkbox"/> in ospedale <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	
Richiesta proveniente da: <input type="checkbox"/> Struttura sanitaria <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Medico Specialista	
Tipo struttura di provenienza	
Ospedale/Reparto	
Medico referente del caso/telefono	
Richiedente (Firma e Timbro del Medico)	Codice prescrittore

**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 di Ricovero (segnalare fino a un massimo di 4 strutture di preferenza del paziente e famiglia)**

	Struttura	Note
1		
2		
3		
4		

**3. Scheda Medica**
**Patologia principale**  oncologica  non oncologica

Specificare la patologia \_\_\_\_\_ (codice ICD9CM) \_\_\_\_\_

Specificare la recidiva \_\_\_\_\_ (codice ICD9CM) \_\_\_\_\_

Specificare eventuali metastasi \_\_\_\_\_ (codice ICD9CM) \_\_\_\_\_

 Infezioni in atto? (se si specificare)  NO  SI \_\_\_\_\_

 Il paziente è in trattamento con finalità palliativa?  NO  SI (se si specificare quale tipo e durata)

TIPO \_\_\_\_\_ Farmaci \_\_\_\_\_

**Precedenti trattamenti attuati:**
 Chirurgia  Chemioterapia  Radioterapia  Nessuno  Altro \_\_\_\_\_

**Terapia in atto**

Farmaco	Dettagli terapia

**Altre patologie rilevanti**

Codice ICD9CM	Descrizione

**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"/> Dispersione	
<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/Miodonie	
<input type="checkbox"/> Vertigini	<input type="checkbox"/> Vomito/Nausea	<input type="checkbox"/> Xerostomia	<input type="checkbox"/> Altro	
Altre problematiche		<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"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Nessuna <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <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"/>			SI <input type="checkbox"/>	NO <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"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <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	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Non invasiva <input type="checkbox"/>	(specificare)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Nessuna <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

## Previsione clinica di sopravvivenza

Molto breve < 7 giorni <input type="checkbox"/>	Breve < 30 giorni <input type="checkbox"/>	Media < 90 giorni <input type="checkbox"/>	Lunga > 90 < 180 giorni <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 alcolista	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Problematiche familiari sociali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Convivente tossicodipendente	<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, delirio, 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"/> Supporto trasfusionale	<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 ad 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, perché 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, o talora telefonicamente. Essi vengono raccolti o registrati parzialmente su carta o parzialmente a livello informatico, per la finalità esplicita o legittima connessa all'assistenza richiesta. Ai dati può accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure minime di sicurezza previste dal Codice della Privacy.
- 3) E' obbligatorio fornire i dati, cosa accade se non vengono forniti? I dati personali richiesti sono assolutamente necessari per la finalità del servizio, senza di essi non possiamo soddisfare la sua necessità, il rifiuto a fornirli comporterà quindi l'impossibilità di istaurare il rapporto necessario per assistirla.
- 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 eletro-medicali salvavita (es. ventilatori ed aspiratori) il piano 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 dal 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 annunciati. Ovviamente rispondiamo alle intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziaria, 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, raffidificare 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 diritti può conferire, per iscritto, delega o procura a 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.

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

MEDICO FAMIGLIA / MEDICO OSPEDALIERO / OPERATORE PUA / CAD / TSMRE  
SERVIZI SOCIALI COMUNE / SERT / DSM / 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. \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Se non è il direttivo titolare del diritto allegare autocertificazione.

Dichiarazione sostitutiva della  
CERTIFICAZIONE GENERICA (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 Allegato n.3 al DCA 431/2012)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.455

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA CHE**

L'interessato/a cui si riferisce la segnalazione / richiesta di intervento distrettuale,

Sig. /Sig.ra \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

E' impossibilitato ad esprimere il suo consenso al trattamento dei dati necessari a dare seguito alla segnalazione stessa, trovandosi in un delle seguenti condizioni: impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere e volere.

Il consenso viene pertanto espresso dal sottoscritto, che si trova in una delle seguenti condizioni  
(cancellare le voci che non interessano):

- esercente legalmente la potestà
- prossimo congiunto
- familiare
- convivente
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegare fotocopia del Documento in corso di validità