

Allegato 1 Strumenti valutativi (da integrare alla SVAMA)

a) Modulo per la segnalazione del caso di pertinenza del Medico Curante o del Medico Ospedaliero

MODULO A CURA DEL MEDICO CURANTE (*)

Integrante la richiesta di cure palliative e la Valutazione sanitaria della S.V.A.M.A.

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

Cognome _____ **Nome** _____ **Data di nascita** _____

Diagnosi: _____

La patologia per la quale 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 DEL PERFORMANCE-STATUS SECONDO KARNOFSKY (KPS)

ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' QUOTIDIANA	CURA PERSONALE	SINTOMI/ SUPPORTO SANITARIO	PUNTEGGIO
COMPLETA	COMPLETA <input type="checkbox"/>	COMPLETA <input type="checkbox"/>	NESSUNO <input type="checkbox"/>	100
DIFFICOLTA' LIEVE	LIEVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	COMPLETA <input type="checkbox"/>	SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 5% - Calo energie*	90
DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE	DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA (camminare-guidare) <input type="checkbox"/>	LIEVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 10% - Calo energie**	80
INABILE	DIFFICOLTA' MODERATA (si muove prevalentemente in casa) <input type="checkbox"/>	MODERATA DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	ALCUNI SEGNI E SINTOMI Calo grave di energie - Calo energie**	70
	GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE/GUIDARE <input type="checkbox"/>	DIFFICOLTA' MODERATA- GRAVE <input type="checkbox"/>	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI Grave calo ponderale >10% *** - Calo energie**	60
	ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA <input type="checkbox"/>	GRAVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	RICHIEDE SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE (può affrontare cure ambulatoriali, se adeguatamente supportato)	50
	A LETTO/POLTRONA PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA <input type="checkbox"/>	LIMITATA CURA DI SE' <input type="checkbox"/>	NECESSITA DI SUPPORTO QUALIFICATO (domiciliare o residenziale)	40
	INABILE <input type="checkbox"/>	INABILE <input type="checkbox"/>	SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO PER FREQUENZA E TIPO DI 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
			MORIBONDO. Processi di malattia fatali rapidamente progressivi	10
			MORTO	0

* saltuari : non condizionanti supporti terapeutici continuativi

** saltuari o costanti: condizionati spesso da supporto terapeutico

*** costanti : invalidanti condizionanti supporto terapeutico

Stato di coscienza:	<input type="checkbox"/> Vigile e attento	<input type="checkbox"/> Assopito	<input type="checkbox"/> Soporoso	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Stato vegetativo
----------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------------

Stato di consapevolezza della malattia da parte del paziente:	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> completa consapevolezza	<input type="checkbox"/> consapevole della diagnosi ma non della prognosi	<input type="checkbox"/> consapevolezza nel complesso dubbia	<input type="checkbox"/> consapevolezza assente
Stato di consapevolezza della malattia da parte della famiglia:	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> completa consapevolezza	<input type="checkbox"/> consapevole della diagnosi ma non della prognosi	<input type="checkbox"/> consapevolezza nel complesso dubbia	<input type="checkbox"/> consapevolezza assente

DOLORE

NO

SI

NON VALUTABILE

Se la risposta è SI, compilare il campo sottostante

Da quanto tempo il Paziente accusa Dolore? _____

Sede e caratteristiche 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= nessun dolore; 10= massimo dolore)

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= nessun dolore; 10= massimo dolore)

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"/> Tramadolo	<input type="checkbox"/> Morfina	<input type="checkbox"/> Ossicodone
<input type="checkbox"/> FANS	<input type="checkbox"/> Diidrocodeina	<input type="checkbox"/> Dextropropoxifene	<input type="checkbox"/> Idromorfone	<input type="checkbox"/> Metadone
<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?	ENTERALE	<input type="checkbox"/>	Autonomamente	Parenterale	<input type="checkbox"/>	Tramite catetere venoso centrale
		<input type="checkbox"/>	Con aiuto per bocca		<input type="checkbox"/>	Tramite il sistema Port-a-cath
		<input type="checkbox"/>	Per SNG		<input type="checkbox"/>	PICC
		<input type="checkbox"/>	Per PEG		<input type="checkbox"/>	

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 periostio ed eventualmente dell'osso.				

Attesa di vita presunta : < 1 settimana < 2 mesi > 2 mesi ma meno di 6 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 24h	<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 e del Medico Curante^(*)

^(*)MMG o Medico Ospedaliero
