

### RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE

Modulo unico di richiesta di presa in carico per l'accesso ai Centri di Cure Palliative - Regione Lazio

Hospice "Il Girasole" : 06/900.17.267; Fax : 06/900.17.314; e-mail : hospice@nomentanahospital.it

Protocollo \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

#### 1. Dati Anagrafici

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ M  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:  a domicilio  in ospedale  altro (specificare) \_\_\_\_\_

Richiesta proveniente da:  Struttura sanitaria  MMG  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?  SI  NO  Parzialmente

Il malato è consapevole della prognosi?  SI  NO  Parzialmente

Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?  SI  NO  Parzialmente

Il familiare è consapevole della diagnosi?  SI  NO  Parzialmente

Il familiare è consapevole della prognosi?  SI  NO  Parzialmente

Il familiare è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?  SI  NO  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?  SI  NO  Parzialmente

Il Paziente e/o Familiare acconsentono e sottoscrivono?  SI  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 palliative?    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"/> Dispepsia
<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/Mioclonie
<input type="checkbox"/> Vertigini	<input type="checkbox"/> Vomito/Nausea	<input type="checkbox"/> Xerostomia	<input type="checkbox"/> Altro
<b>Altre problematiche</b>	<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"/>			
		Nessuna <input type="checkbox"/>			
	Enterale	SNG <input type="checkbox"/>	Stomie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		PEJ <input type="checkbox"/>			
		PEG <input type="checkbox"/>			
Nessuna <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"/>				
	Nessuna <input type="checkbox"/>				
Ventilazione meccanica a lungo termine	Invasiva <input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Non invasiva <input type="checkbox"/>				
	Nessuna <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, delirium, 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 ed 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, perchè 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, e talora telefonicamente. Essi vengono raccolti e registrati parzialmente su carta e parzialmente a livello informatico, per le finalità esplicite e legittime connesse all'assistenza richiesta. Ai dati può accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure minime di sicurezza previste dal Codice delle Privacy.
- 3) E' obbligatorio fornire i dati, cosa accade se non vengono forniti? I dati personali richiesti sono assolutamente necessari per le finalità del servizio, senza di essi non possiamo soddisfare le sue necessità, il rifiuto a fornirli comporterà quindi l'impossibilità di instaurare il rapporto necessario per assisterla.
- 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 elettro-medicali salvavita (es. ventilatori ed aspiratori) il pianto 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 del 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 enunciati. Ovviamente rispondiamo alle intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, 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, rettificare 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 dritti può conferire, per iscritto, delega o procura o 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.

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

MEDICO FAMIGLIA / MEDICO OSPEDALIERO / OPERATORE PUA / CAD / TSMREE

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 diretto 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**