

ALL.2 SCHEDA CLINICA PER PRESA IN CARICO PER LE CURE PALLIATIVE

A CURA DEL MEDICO CURANTE *(Med. Curante è il Medico che ha in cura il paziente)*

N.B. IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN MANIERA COMPLETA

Nome _____ Cognome _____

Diagnosi: _____

Esami ematochimici alterati: _____

N.B. In presenza di patologia neoplastica, segnalare:

Terapia chirurgica e/o chemioterapie e/o radioterapie, etc. _____

Sede/i di metastasi _____

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS :

- 100:** Normale, Nessun Sintomo, Non Evidenza di malattia.
- 90:** In grado di svolgere attività normale, lievi sintomi o segni di malattia
- 80:** Attività normale svolta con fatica, qualche segno o sintomo di malattia.
- 70:** Inabile al lavoro, può' accudire a se stesso.
- 60:** Richiede solo occasionalmente assistenza.
- 50:** Richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche.
- 40:** Non può accudire a se stesso, richiede speciali cure ed assistenza.
- 30:** Molto compromesso, è indicata l'ospedalizzazione per quanto la morte non sia imminente.
- 20:** Molto grave, ospedalizzazione necessaria, necessario trattamento attivo di supporto.
- 10:** Moribondo, stato pre agonico e agonico.
- 0:** Morto

Valutazione: _____

PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE (PAPS)

Nausea:	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Vomito:	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Stipsi:	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Diarrea:	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Cachessia:	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Astenia:	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Faticabilità:	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Dispnea:	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Tosse:	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Emottisi:	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Singhiozzo	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Prurito:	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Sudorazione	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Ematuria	lieve <input type="checkbox"/>	moderata <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>

DOLORE: Controllato Incontrollato Controllo Insoddisfacente Breakthrough Pain SI NO
Fa uso di Oppioidi SI NO Trattamenti Invasivi SI (_____) NO

Insufficienza Renale: SI NO Ostruzione Urinaria: SI NO Fistole Urinarie: SI NO

Infezione del Cavo Orale: Fungine Batteriche Virali Xerostomia: SI NO

Scialorrea: SI NO

Stomatite: SI NO

Insufficienza Epatica: SI NO specificare se c'è presenza di: Ascite Varici Esofagee

Iperensione Endocranica: SI NO Compressione Midollare SI NO Epilessia: SI NO

Sintomi psichiatrici: Delirium SI NO Alterazione del Linguaggio: SI NO

Disorientamento Spaziale: SI NO Disorientamento Temporale: SI NO

Disturbi cognitivi: Alterazione dell'attenzione SI NO Alterazione della memoria: SI NO

Demenza: SI NO **Depressione:** SI NO **Ansia:** SI NO **Problemi di Sonno:** SI NO

Alterazione della Vista: SI NO **Alterazione dell'Udito:** SI NO

Perdita di Peso: SI NO **Anemia:** SI NO **Emorragie:** SI NO

Linfedemi: SI (sede _____) NO

Coma: SI NO **Rantolo Terminale:** SI NO

Albuminemia: gr/dl _____ **Leucociti e formula leucocitaria:** _____

Portatore di Stomie: Ano Praeternaturale Nefrotomie Tracheotomia Biliostomie

Si alimenta: da solo aiuto parziale aiuto completo

Tramite PEG Sondino Naso Gastrico Alimentazione Parenterale (NPTP)

Porta catetere vescicale: SI NO **Portatore:** di C.V.C. **Port Venoso Sottocutaneo:**

Mobilità: Allettamento (% nell'arco delle 24 ore) _____ **Deambulazione Autonoma senza Ausili:**

Deambulazione autonoma con Ausili: **Deambulazione con Aiuto di un Accompagnatore:**

Ulcere da decubito: sede/i e stadio: _____

Lesioni cutanee: tipo, sede ed estensione: _____

Previsione clinica di sopravvivenza in settimane: _____

Necessita di ossigeno terapia: SI NO **Necessità di aspirazione di secrezioni** SI NO

Necessita di Curettage Rettali: SI NO Esiste una rete di **Supporto Parentale/Amicale** SI NO

Se già usufruisce di altri servizi e quali: _____

Patologie concomitanti: _____

Eventuali altre annotazioni importanti per l'assistenza palliativa domiciliare: _____

N.B. Si prega allegare documentazione sanitaria in possesso del paziente utile alla formulazione di un corretto giudizio

Data _____

Firma e Timbro del Medico _____

Riferimenti telefonici:
