

**SCHEDA CLINICA PER PRESA IN CARICO PER LE CURE PALLIATIVE
 A CURA DEL MEDICO CURANTE**

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita ___/___/_____ _____

Diagnosi: _____

Luogo e data ultimo ricovero _____

Esami ematochimici alterati: _____

 In caso di neoplasia: Terapia chirurgica e/o chemioterapie e/o radioterapie praticate,
 etc. _____

Sede/i di metastasi _____

VALUTAZIONE PERFORMANCE-STATUS SECONDO KARNOFSKY (KPS)

ATTIVITÀ LAVORATIVA	ATTIVITÀ QUOTIDIANA	CURA PERSONALE	SINTOMI SUPPORTO SANITARIO	
Completa	Completa	Completa	Nessuno	100
Lieve difficoltà	Lieve difficoltà a camminare	Completa	Segni/sintomi "minori" (*1) ± calo ponderale ≤ 5% ± calo energie	90
Difficoltà lieve → grave	Difficoltà lieve → moderata a camminare e/o guidare	Lieve difficoltà	"Alcuni" segni/sintomi (*2) ± calo ponderale ≤ 10% ± moderata ↓ energie	80
Inabile	Difficoltà moderata (si muove prevalentemente a casa)	Moderata difficoltà	"Alcuni" segni/sintomi (*2) ± moderata ↓ energie	70
	Grave difficoltà a camminare e/o guidare	Difficoltà moderata → grave	Segni/sintomi "maggiori" (*3) ± grave calo ponderale ≤ 10%	60
	Alzato per più 50% ore del giorno	Grave difficoltà	Supporto sanitario frequente (pz ambulatoriale)	50
	A letto per più 50% ore del giorno	Limitata cura di sé	Assistenza sanitaria straordinaria (per frequenza e tipo di interventi)	40
	Inabile	Inabile	Indicazione al ricovero od ospedalizzazione a domicilio (supporto sanitario molto intenso)	30
	(*1) SALTUARI Non condizionanti il supporto terapeutico continuativo (*2) SALTUARI O COSTANTI Condizionanti spesso il supporto terapeutico (*3) COSTANTI O INVALIDANTI Condizionanti il supporto terapeutico		Grave compromissione di una o più funzioni organiche vitali irreversibili	20
			Rapida progressione dei processi biologici mortali	10
			Decesso	0

STATO DI COSCIENZA E CONSAPEVOLEZZA

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 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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

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"/> Tapentadolo	<input type="checkbox"/> Idromorfone	<input type="checkbox"/> Metadone
<input type="checkbox"/> ALTRO :			<input type="checkbox"/> Bupreonorfina	<input type="checkbox"/> Fentanyl

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

NUTRIZIONE

COME SI NUTRE IL PAZIENTE?	<input type="checkbox"/>	Autonomamente	PARENTERALE
	<input type="checkbox"/>	Con aiuto per bocca	
	NUTRIZIONE ENTERALE		
	<input type="checkbox"/>	Attraverso SNG	
	<input type="checkbox"/>	Attraverso PEG	
	<input type="checkbox"/>	Tramite il sistema Port-a-cath	
	<input type="checkbox"/>	Tramite catetere venoso centrale	
	<input type="checkbox"/>	Tramite PICC	
	<input type="checkbox"/>	Altro	

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	SI	<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	SI	<input type="checkbox"/> Pannoloni <input type="checkbox"/> Enterostomia				

LESIONI CUTANEE

 Il paziente presenta piaghe da decubito o altre lesioni cutanee? NO SI

Se SI specificare SEDE:

.....

 STADIO:

<u>1°</u>	<u>2°</u>	<u>3°</u>	<u>4°</u>
-----------	-----------	-----------	-----------

 LEGENDA: I° Stadio: infiammazione e distruzione epidermide;
 II° Stadio: distruzione del derma;
 III° Stadio: distruzione del sottocute e del pannicolo adiposo
 IV° Stadio: necrosi dei muscoli, dell'osso e del periostio.

INDICAZIONI GENERALI E SOCIALI

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
