

**PROPOSTA di PRESA IN CARICO presso UO di CURE PALLIATIVE ubicate nel territorio della ASL Roma H**

ASSISTITO (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Numero familiari conviventi > 18 anni \_\_\_\_\_ < 18 anni \_\_\_\_\_ ASL appart. \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_ MEDICO DI BASE \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

**DATI CLINICI DEL PAZIENTE**

**DIAGNOSI** \_\_\_\_\_

**METASTASI (se neoplasia):** ossee epatiche polmonari cerebrali cutanee linfonodali altre

Si dichiara che la malattia di base è progressiva, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, e che ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione non è possibile né appropriata.

Dolore: si no non valutabile	CVC:
Autonomia: si no parziale	esterno parz. Imp. totalm. Imp. (port)
Trattamenti causali: CT RT altro	Groshong
Drenaggi: toracico addominale altro	STOMIA
Nutrizione artificiale: enterale parenterale	CATETERE VESCICALE
Decubiti: si no sede _____	S.N.G. INCONTIN. FECALE
	INCONTIN. URINARIA
	OSSIGENOTERAPIA
Ansia dispnea stipsi edemi	confusione depressione
Melena ittero anoressia insonnia	sonnolenza fatica
Diarrea vomito nausea ascite	versamento pleurico altro

**KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS (KPS):**

**GRADO** 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

<b>Legenda per Karnofsky</b>	
Normale, non evidenza di malattia	100
Svolge attività normale, modesti segni di malattia	90
Attività normale con sforzo, qualche segno di malattia	80
Inabile al lavoro, può accudire se stesso	70
Richiede solo occasionalmente assistenza	60
Richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche	50
Non può accudire se stesso	40
Molto compromesso,; è indicata l'ospedalizzazione per quanto la morte non sia imminente	30
Molto grave, ospedalizzazione necessaria; necessario trattamento attivo di supporto	20
Moribondo, stato agonico	10

**DATI DI CHI VIVE COL PAZIENTE**

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ PARENTELA \_\_\_\_\_  
NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ PARENTELA \_\_\_\_\_  
PER LA PRIMA VISITA CONTATTARE: \_\_\_\_\_  
TELEFONI: \_\_\_\_\_

**PERSONE CHE RUOTANO PER L'ASSISTENZA**

Familiare \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Assistente dom.                      Collab. Famil.                      Altro

**Situazioni di particolare disagio sociale**

Handicap                                      tossicodipendenza                                      alcoolismo  
Malattie invalidanti                      minori a carico                                      paziente solo  
Situazione abitativa insufficiente                                      condizioni economiche insuff.

Terapia _____ _____ _____
PROPONENTE: medico curante                      CAD                      day hospital                      ospedale altro _____
<b>STRUTTURA PRESCELTA:</b> _____
<b>Prima assegnazione programmata:</b> assistenza a domicilio                      assistenza in forma residenziale
NOMINATIVO MEDICO PROPONENTE: _____
MEDICO REFERENTE <sup>1</sup> _____
(Per gli ospedali e le case di cura) DENOMINAZIONE REPARTO _____
DENOMINAZIONE MACROSTRUTTURA(Ospedale, Clinica, etc.) _____
telefono _____ fax _____
Firma e timbro del medico proponente

<sup>1</sup> Indicare se della stessa Unità Operativa, ma diverso dal medico proponente.