

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE

(FACSIMILE DELLA SCHEDA VISUALIZZABILE NELLA PIATTAFORMA REGIONALE SIAT - APPLICATIVO HOSPICE)

Protocollo _____	Data _____
------------------	------------

1. Dati Anagrafici

COGNOME _____	NOME _____
CODICE FISCALE _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
LUOGO E DATA DI NASCITA _____	
DOMICILIATO IN VIA/PIAZZA _____	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: <input type="checkbox"/> a domicilio <input type="checkbox"/> in ospedale <input type="checkbox"/> altro ^(specificare) _____
Richiesta proveniente da: <input type="checkbox"/> Struttura sanitaria <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il malato è consapevole della prognosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il familiare è consapevole della diagnosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il familiare è consapevole della prognosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il familiare è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il Paziente e/o Familiare acconsentono e sottoscrivono?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Firma del paziente o del familiare di riferimento

2. Strutture di Ricovero (segnalare fino ad un massimo di 4 strutture di preferenza del paziente e famiglia)

	Struttura	Note
1		
2		
3		
4		

3. Scheda Medica

Patologia principale	<input type="checkbox"/> oncologica	<input type="checkbox"/> non oncologica
Specificare la patologia _____		codice ICD9-CM _____
Specificare recidiva _____		codice ICD9-CM _____
Specificare eventuali metastasi _____		codice ICD9-CM _____
Infezioni in atto? (se si specificare)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Il paziente è in trattamento con finalità palliative?)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (se si specificare quale tipo e durata)
TIPO _____	Farmaci _____	
Precedenti trattamenti attuati:		
<input type="checkbox"/> Chirurgia	<input type="checkbox"/> Chemioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Altro _____

Terapia in atto

Farmaco	Dettagli Terapia

Altre patologie rilevanti

Codice ICD9-CM	Descrizione

Schede di Valutazione

Indice di Karnofky

<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 e 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 al 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 d'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/Mioclone
<input type="checkbox"/> Vertigini	<input type="checkbox"/> Vomito/Nausea	<input type="checkbox"/> Xerostomia	<input type="checkbox"/> Altro
Altre problematiche	<input type="checkbox"/> Alcolismo	<input type="checkbox"/> Tossicodipendenza	<input type="checkbox"/> Problemi psichiatrici

Problematiche assistenziali

Nutrizione artificiale	Parenterale	Periferica	Catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		Centrale		
		Nessuna		
	Enterale	SNG	Stomie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		PEJ	Drenaggi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PEG		Medicazioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Nessuna				
	Al bisogno	Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Continuativa			
Nessuna	Terapia infusione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Ventilazione meccanica a lungo termine	Invasiva	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Non invasiva			
	Nessuna			

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 _____

Telefono 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 alcoolista	<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

<input type="checkbox"/> costante e attivo	<input type="checkbox"/> parzialmente attivo	<input type="checkbox"/> occasionale, su richiesta	<input type="checkbox"/> 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, ect..)
<input type="checkbox"/> Controllo dispnea	<input type="checkbox"/> Controllo sintomi gastroenterici (nausea, vomito, subocclusione, etc...)
<input type="checkbox"/> Medicazione complessa	<input type="checkbox"/> Gestione fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni citanee ect...)
<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, perché 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 istaurare 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 Giudiziaria, 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. _____

Luogo _____ 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 _____ 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



VILLA SILVANA
Casa di Cura Privata - Accreditata S.S.N.

INDIRIZZO STRUTTURA:

**CASA DI CURA VILLA SILVANA,
VIALE EUROPA 1/3, 04011, APRILIA (LT)**

TELEFONO HOSPICE:

06/921407001

FAX:

06/9258419

06/921407003

E-MAIL HOSPICE:

HOSPICE@VILLA-SILVANA.IT

TELEFONO STRUTTURA:

06/921401

E-MAIL STRUTTURA:

INFO@VILLA-SILVANA.IT