

**Allegato 1 Strumenti valutativi (da integrare alla SVAMA)**

**a) Modulo per la segnalazione del caso di pertinenza del Medico Curante o del Medico Ospedaliero**

**MODULO A CURA DEL MEDICO CURANTE (\*)**

**Integrante la richiesta di cure palliative e la Valutazione sanitaria della S.V.A.M.A.**

Le Cure Palliative sono l'insieme di interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata che al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici (art. 2 L.38/2010)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

La patologia per la quale si richiede la valutazione è stata diagnosticata il: \_\_\_\_\_

Bisogni: \_\_\_\_\_

Luogo (ospedale, reparto) e data dell'ultimo ricovero: \_\_\_\_\_

Il paziente effettua trattamenti rivolti alla sua malattia ?

SI  NO

Se SI, specificare se chemioterapia, radioterapia, altro, \_\_\_\_\_

Se SI, in che regime : ambulatoriale  day hospital  altro

Specificare dove \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE DEL PERFORMANCE-STATUS SECONDO KARNOFSKY (KPS)**

ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' QUOTIDIANA	CURA PERSONALE	SINTOMI/ SUPPORTO SANITARIO	PUNTEGGIO
COMPLETA	COMPLETA <input type="checkbox"/>	COMPLETA <input type="checkbox"/>	NESSUNO <input type="checkbox"/>	100
DIFFICOLTA' LIEVE	LIEVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	COMPLETA <input type="checkbox"/>	SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 5% - Calo energie*	90
DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE	DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA (camminare-guidare) <input type="checkbox"/>	LIEVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 10% - Calo energie**	80
INABILE	DIFFICOLTA' MODERATA (si muove prevalentemente in casa) <input type="checkbox"/>	MODERATA DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	ALCUNI SEGNI E SINTOMI Calo grave di energie - Calo energie**	70
	GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE/GUIDARE <input type="checkbox"/>	DIFFICOLTA' MODERATA- GRAVE <input type="checkbox"/>	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI Grave calo ponderale >10% *** - Calo energie**	60
	ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA <input type="checkbox"/>	GRAVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	RICHIEDE SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE (può affrontare cure ambulatoriali, se adeguatamente supportato)	50
	A LETTO/POLTRONA PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA <input type="checkbox"/>	LIMITATA CURA DI SE' <input type="checkbox"/>	NECESSITA DI SUPPORTO QUALIFICATO (domiciliare o residenziale)	40
	INABILE <input type="checkbox"/>	INABILE <input type="checkbox"/>	SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO PER FREQUENZA E TIPO DI INTERVENTO	30
ATTRIBUIRE IL LIVELLO COMPLESSIVO IN BASE AL CRITERIO MAGGIORITARIO (PRIORITA') DI "ATTIVITA' QUOTIDIANE" E "CURA PERSONALE":			GRAVE COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI ORGANICHE VITALI Necessita di continua assistenza	20
			MORIBONDO. Processi di malattia fatali rapidamente progressivi	10
			MORTO	0

\* saltuari : non condizionanti supporti terapeutici continuativi

\*\* saltuari o costanti: condizionati spesso da supporto terapeutico

\*\*\* costanti : invalidanti condizionanti supporto terapeutico

<b>Stato di coscienza:</b>	<input type="checkbox"/> Vigile e attento	<input type="checkbox"/> Assopito	<input type="checkbox"/> Soporoso	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Stato vegetativo
----------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

<b>Stato di consapevolezza della malattia da parte del paziente:</b>	<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
<b>Stato di consapevolezza della malattia da parte della famiglia:</b>	<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

NON VALUTABILE

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)

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
NO DOLORE	DOLORE LIEVE			DOLORE MODERATO			DOLORE FORTE		DOLORE INSOPPORTABILE	

**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)

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
NO DOLORE	DOLORE LIEVE			DOLORE MODERATO			DOLORE FORTE		DOLORE INSOPPORTABILE	

**TERAPIA PRATICATA:** segnare con una **X** la classe di farmaci

<b>Farmaci non oppiacei</b>	<b>Oppiacei minori</b>		<b>Oppiacei maggiori</b>	
<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"/> Dextropropoxifene	<input type="checkbox"/> Idromorfone	<input type="checkbox"/> Metadone
<input type="checkbox"/> <b>ALTRO:</b>			<input type="checkbox"/> Bupreorfinina	<input type="checkbox"/> Fentanyl

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

**NUTRIZIONE**

<b>Come si nutre il Paziente?</b>	<b>ENTERALE</b>	<input type="checkbox"/>	Autonomamente	<b>Parenterale</b>	<input type="checkbox"/>	Tramite catetere venoso centrale
		<input type="checkbox"/>	Con aiuto per bocca		<input type="checkbox"/>	Tramite il sistema Port-a-cath
		<input type="checkbox"/>	Per SNG		<input type="checkbox"/>	PICC
		<input type="checkbox"/>	Per PEG		<input type="checkbox"/>	

**VENTILAZIONE**

<b>Ventilazione</b>	<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Meccanica non invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilatore meccanico
<b>Respirazione</b>	<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Dispnea lieve	<input type="checkbox"/> Dispnea grave

**ALVO E DIURESIS**

<b>Diuresi</b>		<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Oliguria lieve	<input type="checkbox"/> Oliguria grave	<input type="checkbox"/> Anuria		
<b>Incontinenza urinaria</b>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<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
<b>Incontinenza fecale</b>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pannoloni	<input type="checkbox"/> Enterostomia			

**LESIONI CUTANEE**

<b>Il paziente presenta piaghe da decubito o altre lesioni cutanee?</b>	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<b>Descrivere la sede e la stadiazione</b>	<b>I°</b>	<b>II°</b>	<b>III°</b>	<b>IV°</b>
					<b>SEDE :</b> .....				
<small>LEGENDA : I° Stadio: infiammazione e distruzione dell'epidermide; II° Stadio: distruzione del derma, III° Stadio: distruzione del sottocute e del pannicolo adiposo; IV° Stadio: necrosi dei muscoli, del periostio ed eventualmente dell'osso.</small>									

**Attesa di vita presunta :**     < 1 settimana     < 2 mesi     > 2 mesi ma meno di 6     6 mesi o più

<b>Il Paziente vive da solo?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Se è NO con chi vive?</b>	<input type="checkbox"/>	Con il coniuge	
				<input type="checkbox"/>	Con i figli	
				<input type="checkbox"/>	Con la badante	
				<input type="checkbox"/>	Con altri .....	
<b>Il Paziente è assistito tutto il giorno?</b>	<input type="checkbox"/> SI nelle 24h	<input type="checkbox"/> Solo di giorno	<input type="checkbox"/> Solo di notte	<input type="checkbox"/> In modo discontinuo		
<b>Da chi è assistito?</b>	<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<sup>(\*)</sup>

<sup>(\*)</sup>MMG o Medico Ospedaliero

\_\_\_\_\_