



DISTRETTO SANITARIO.....

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE e I.S.S.
U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA PAZIENTI FRAGILI

MODULO A CURA DEL MEDICO CURANTE
Integrante la richiesta di cure palliative e la rivalutazione sanitaria della S.V.A.M.A.

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

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Diagnosi: _____
La patologia per cui 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 DELLE PERFORMANCE-STATUS SECONDO KARNOFSKY (KPS) | | | | |
|---|--|---------------------------|---|-----------|
| ATTIVITA' LAVORATIVA | ATTIVITA' QUOTIDIANA | CURA PERSONALE | SINTOMI/SUPPORTO SANITARIO | PUNTEGGIO |
| COMPLETA | COMPLETA | COMPLETA | NESSUNO | 100 |
| DIFFICOLTA' LIEVE | LIEVE DIFFICOLTA' | COMPLETA | SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 5% - Calo energie* | 90 |
| DIFFICOLTA' LIEVE-GRAVE | DIFFICOLTA' LIEVE-MODERATA (camminare-guidare) | LIEVE DIFFICOLTA' | SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 10% - Calo energie ** | 80 |
| INABILE | DIFFICOLTA' MODERATA (camminare-guidare) | MODERATA DIFFICOLTA' | ALCUNI SEGNI E SINTOMI Calo grave di energie - Calo energie ** | 70 |
| | GRAVE DIFFICOLTA' A camminare - guidare | DIFFICOLTA MODERATA-GRAVE | SEGNI/SINTOMI MAGGIORI grave calo ponderale >10%*** - Calo energie | 60 |
| | ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA | GRAVE DIFFICOLTA' | RICHIEDE SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE (Può affrontare cure ambulatoriali se adeguatamente supportato) | 50 |
| | A LETTO-POLTRONA OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA | LIMITATA CURA DI SE' | NECESSITA DI SUPPORTO QUALIFICATO (domiciliare o residenziale) | 40 |
| | INABILE | INABILE | SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO PER FREQUENZA E TIPO D'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 |
| *Saltuari: non condizionati supporti terapeutici continuativi **saltuari o costanti: condizionanti spesso da supporti terapeutici ***costanti: invalidanti condizionanti supporto terapeutico | | | MORIBONDO.Processi di malattia fatali rapidamente progressivi | 10 |
| | | | MORTO | 0 |

S.V.A.M.A.



DISTRETTO SANITARIO.....

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE e I.S.S.
U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA PAZIENTI FRAGILI

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|
| Stato di coscienza: | Vigile attento <input type="checkbox"/> | Assopito <input type="checkbox"/> | Soporoso <input type="checkbox"/> | Coma <input type="checkbox"/> | Stato vegetativo <input type="checkbox"/> |
| Stato di consapevolezza della malattia da parte del paziente: | Non so <input type="checkbox"/> | Completa consapevolezza <input type="checkbox"/> | Consapevolezza della diagnosi ma non della prognosi <input type="checkbox"/> | consapevolezza nel complesso dubbia <input type="checkbox"/> | Consapevolezza assente <input type="checkbox"/> |
| Stato di consapevolezza della malattia da parte della famiglia: | Non so <input type="checkbox"/> | Completa consapevolezza <input type="checkbox"/> | Consapevolezza della diagnosi ma non della prognosi <input type="checkbox"/> | consapevolezza nel complesso dubbia <input type="checkbox"/> | Consapevolezza assente <input type="checkbox"/> |

DOLORE NO SI NON VALUTABILE

Se la risposta è SI, compilare il campo sottostante

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|---|-------------------------------------|---|----|
| Da quanto tempo il paziente accusa dolore? _____ | | | | | | | | | | |
| Sede e caratteristica 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= nessuno; 10= massimo valore) | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |
| 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= nessuno; 10= massimo valore) | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |
| NO DOLORE | DOLORE LIEVE | | DOLORE MODERATO | | | DOLORE FORTE | | DOLORE INSOPPORTABILE | | |
| 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"/> Tramadalolo | | <input type="checkbox"/> Morfina | | <input type="checkbox"/> Ossicodone | | |
| <input type="checkbox"/> FANS | | <input type="checkbox"/> Paracetamolo | | <input type="checkbox"/> Codeina | | <input type="checkbox"/> Tramadalolo | | <input type="checkbox"/> Morfina | | |
| <input type="checkbox"/> Altro: | | | | | | <input type="checkbox"/> Buprenorfina | | <input type="checkbox"/> Fentanyl | | |
| Specificare se la Terapia è praticata: <input type="checkbox"/> AL BISOGNO <input type="checkbox"/> AD ORARI PROGRAMMATI | | | | | | | | | | |

NUTRIZIONE

| | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|---|
| Come si nutre il paziente? | E N T E R A L E | <input type="checkbox"/> Autonomamente | P A R E N T E R | <input type="checkbox"/> Tramite catetere venoso |
| | | <input type="checkbox"/> Con aiuto per bocca | | <input type="checkbox"/> Tramite sistema Port-a-cath |
| | | <input type="checkbox"/> Per SNG | | <input type="checkbox"/> PICC |

S.V.A.M.A.



DISTRETTO SANITARIO.....

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE e I.S.S.
U.O.C. ASSISTENZA SANIRAIA PAZIENTI FRAGILI

| | | | |
|--|---|-------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Per PEG | A L E | <input type="checkbox"/> |
|--|---|-------------|--------------------------|

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 <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 |
| Incontinenza fecale | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pannoloni | <input type="checkbox"/> Enterostomia |

LESIONI CUTANEE

| | | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|--|----|-----|----|
| Il paziente presenta piaghe da decubito o altre lesioni cutanee? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | Descrivere la sede e la stadiazione | I | II | III | IV |
| | | | SEDE: _____ | 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. | | | |

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 24 h | <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"/> Servizi Sociali Comunali | <input type="checkbox"/> Altri |

Data _____

Timbro e firma del Medico Curante(*)

S.VA.M.A.



DISTRETTO SANITARIO.....

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE e I.S.S.
U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA PAZIENTI FRAGILI

(*) MMG o Medico Ospedaliero