



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"/> Tramadololo		<input type="checkbox"/> Morfina		<input type="checkbox"/> Ossicodone		
<input type="checkbox"/> FANS		<input type="checkbox"/> Paracetamolo		<input type="checkbox"/> Codeina		<input type="checkbox"/> Tramadololo		<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 SANIRAI 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