	Scheda Unità di Valutazione Multidimensionale Accesso Rete Cure Palliative UOC Cure Palliative	ALLEGATO_0016 REV12 19/12/2018
---	--	--------------------------------------

Venezia/Mestre : FAX 041/8896887 e-mail: cure.palliative@aulss3.veneto.it (tel. 041/8896885)
Mirano/Dolo : FAX 041/4174519 e-mail: cure.palliative.mirano@aulss3.veneto.it (tel. 041/5133325)
Chioggia/Cavarzere : FAX 041/5573314 e-mail: cure.palliative.chioggia@aulss3.veneto.it (tel. 041/5573314)

Cognome		Nome		Sesso
Nato a			il	
Residente a	Prov.	in (via, piazza ...)		n°
Codice Fiscale (obbligatorio)			Titolo di Studio	
AULSS di residenza				

Se il paziente è ricoverato in Ospedale **apporre etichetta anagrafica** ospedaliera del ricovero

FAMILIARE DI RIFERIMENTO:

Nome e grado di parentela	telefono
---------------------------	----------

MEDICO DI MEDICINA GENERALE CURANTE


Cognome	Nome	Telefono
---------	------	----------

PAZIENTE PROVENIENTE DA:

- Ospedale(indicare) _____ U.O./Reparto _____ tel. _____
 Domicilio senza cure palliative
 Domicilio con cure palliative
 Struttura socio sanitaria residenziale
 Struttura Sociale
 Struttura di riabilitazione
 Altro

RICHIESTA PER

- HOSPICE ospedaliero (Policlinico San Marco – PSM)
 HOSPICE extraospedaliero:
 Mestre (OSMC – Nazaret)
 Venezia (Fatebenefratelli)
 Nucleo Cure Palliative Domiciliari (ODO):
 Mestre
 Venezia

	Scheda Unità di Valutazione Multidimensionale Accesso Rete Cure Palliative UOC Cure Palliative	ALLEGATO_0016 REV12 19/12/2018
---	--	--------------------------------------

Cognome	Nome
---------	------

Patologia primitiva:			
Sintomi prevalenti:			
Motivi presa in carico:	clinici <input type="checkbox"/>	Non clinici <input type="checkbox"/>	

INDICE DI KARNOFSKY

CRITERI SPECIFICI	INDICE
Paziente in salute	100
Paziente con segni e sintomi tali da poter svolgere un'attività lavorativa normale	90
Paziente svolge attività normale con fatica	80
Paziente incapace di lavorare, può badare a se stesso	70
Paziente incapace di lavorare, richiede assistenza per camminare	60
Paziente richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata	50
Paziente inabile; richiede cure continue, allettato per più del 50% del giorno	40
Paziente con indicazione al ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio; supporto domiciliare intenso	30
Paziente con grave compromissione delle funzioni d'organo; irreversibile	20
Paziente moribondo	10

Criteria riferibili alla richiesta di RICOVERO "PRIORITARIO" in HOSPICE:

1. Paziente **a domicilio** che abbia fatto richiesta di ricovero in hospice, non più gestibile a domicilio a causa di un *rapido aggravamento* della situazione clinico/assistenziale. (5 punti)
2. Paziente **degente in ospedale** con aspettativa di vita stimata inferiore a tre settimane. (5 punti)

Per i pazienti oncologici

- Paziente non più proponibile per terapie specifiche volte alla guarigione della malattia di cui si chiede eventuale documentazione e/o consulenza dell'oncologo/ematologo. (Con deroga per i pazienti di Venezia Distretto 1 ancora in trattamento attivo).

Cognome	Nome
----------------	-------------


SINTOMI	Codifica ICD9-M	PUNTI			NRS (intensità del Sintomo)
Dolore controllato: <i>(fino a 2 punti)</i>	338.3	0 SI	1 parzialmente	2 NO	0 _____ 5 _____ 10
Dispnea controllata: <i>(fino a 2 punti)</i>	786.09	0 SI	1 parzialmente	2 NO	0 _____ 5 _____ 10
<i>TOTALE punteggio SINTOMI</i>					

PROBLEMI (fino a 2 problemi: 3 punti ; tra 3 e 5 problemi: 4 punti ; più di 5 problemi: 5 punti)	Codifica ICD9-M		
1 Astenia	780,79	SI	NO
2 Anoressia	783.0	SI	NO
3 Cachessia neoplastica	799.4	SI	NO
4 Stipsi	564,0	SI	NO
5 Nausea	787,02	SI	NO
6 Vomito	787,03	SI	NO
7 Ascite	197.6	SI	NO
8 Occlusione	560.9	SI	NO
9 Disfagia	787.2	SI	NO
10 Insonnia	780.50	SI	NO
11 Agitazione/delirio	293.0	SI	NO
12 Sindrome da allettamento	728.2	SI	NO
Altri sintomi grav. invalidanti (descrizione):			
1)		SI	NO
2)		SI	NO

ALTRO	Codifica ICD9-M		
Tracheotomia <i>(fino a 2 punti)</i>	311	SI	NO
Pielostomia <i>fino a 2 punti)</i>	55.12	SI	NO
Colonstomia <i>(1 punto)</i>	46.10	SI	NO
PEG <i>(1 punto)</i>	43.11	SI	NO
CVC <i>(1 punto)</i>	38.93	SI	NO
NPT <i>(1 punto)</i>	99.15	SI	NO
Infusione spinale o perdurale <i>(1 punto)</i>	86.06	SI	NO
Altro dispositivo sanitario specificare: <i>(1 p)</i>		SI	NO

VALUTAZIONE SOCIALE	Codifica ICD9-M		
Sollievo familiare temp. con impegno a riaccogliere il malato a domicilio <i>(fino a 3 p)</i>	V 60.5	SI	NO
Inadeguatezza strutturale del domicilio <i>(1 p)</i>	V 60.1	SI	NO
Solitudine del malato (rete fam. assente) <i>(1p.)</i>	V 60.3	SI	NO
Incapacità della famiglia all'assist. continua a domicilio (rete familiare debole) <i>(1 punto)</i>	V 60.4	SI	NO

TOTALE PUNTEGGIO

	Scheda Unità di Valutazione Multidimensionale Accesso Rete Cure Palliative UOC Cure Palliative	ALLEGATO_0016 REV12 19/12/2018
---	--	--------------------------------------

Cognome	Nome
---------	------

Valutato da U.O. Psicologia Ospedaliera o da altro psicologo SI NO

Altre informazioni rilevanti – Esito valutazione e verbale

Le CURE PALLIATIVE sono l'insieme degli interventi assistenziali, terapeutici e diagnostici rivolti a persone in fase avanzata e/o terminale di malattia. Possono essere erogate in strutture sanitarie ospedaliere, negli Hospice, oppure a livello domiciliare o ambulatoriale.


N.B. Se paziente proveniente dall'Ospedale, segnalare se prima del ricovero era in struttura residenziale (casa di riposo ecc.)

Il paziente e i familiari sono stati informati ed acconsentono alla presente richiesta

Firma accettazione _____ Grado di parentela _____

Data

Firma e timbro del Medico Proponente

	Scheda Unità di Valutazione Multidimensionale Accesso Rete Cure Palliative UOC Cure Palliative	ALLEGATO_0016 REV12 19/12/2018
---	--	--------------------------------------

Cognome	Nome	N° ID
----------------	-------------	--------------

PARTE RISERVATA AL COORDINAMENTO CURE PALLIATIVE:

Presenza in carico urgente

Motivo: _____

- HOSPICE extraospedaliero: Mestre (OSMC) Venezia Fatebenefratelli
 Hospice ospedaliero (PSM)
 Nucleo Cure Palliative Domiciliari (ODO): Mestre Venezia

Il Responsabile Rete Cure Palliative
 Distretto n° 1 2 3 4

Altre figure (MMG/AS....)

autorizza non autorizza


Data _____

Riservato nucleo cure Palliative domiciliare:

Esito: favorevole non favorevole motivo _____

data _____

Firma _____

	Scheda Unità di Valutazione Multidimensionale Accesso Rete Cure Palliative UOC Cure Palliative	ALLEGATO_0016 REV12 19/12/2018
---	--	--------------------------------------

CRITERI DI AMMISSIONE

CRITERI DI AMMISSIONE ALL'HOSPICE

La proposta di ricovero in hospice è vincolata alla presenza di tutti e quattro criteri sotto elencati:

1. Paziente con aspettativa di vita stimata non superiore a 6 mesi
2. Completamento di tutte le principali indagini diagnostiche relative alla patologia
3. Esclusione di terapie specifiche volte alla guarigione della malattia. (Deroga per i pazienti di Venezia Distretto 1 ancora in trattamento attivo).
4. Indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50

CRITERI DI AMMISSIONE AL NUCLEO DI CURE PALLIATIVE (Cure domiciliari oncologiche)

La proposta di ricovero è vincolata alla presenza di tutti e sei i criteri sotto elencati:

1. Paziente con patologia inguaribile in fase avanzata (aspettativa di vita stimata non superiore a 3 mesi).
2. Completamento di tutte le principali indagini diagnostiche relative alla patologia
3. Esclusione di trattamenti specifici volti alla guarigione della malattia
4. Indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50
5. Presenza del caregiver
6. Adeguatezza strutturale del domicilio

CRITERI DI PRIORITA'

I criteri di priorità, solo per l'accesso agli Hospice, determinano un punteggio orientativo, essendo derogabili in caso di situazioni clinico/assistenziali che giustifichino una presa in carico "urgente"

Redazione:

Andrea (11940) NIERO 19/12/2018

Verifica:

Claudio (23154) FERRO 19/12/2018

Approvazione:

Giovanni (779) POLES 19/12/2018