

**Scheda Unità di Valutazione Multidimensionale****Accesso Rete Cure Palliative**

U.O.C. Cure Palliative

01 Gennaio 2021

Rev. 01

VENEZIA – MESTRE:

cure.palliative@aulss3.veneto.it

tel. 0418896885

MIRANO – DOLO:

cure.palliative.mirano@aulss3.veneto.it

tel. 0415133325

CHIOGGIA – CAVARZERE:

cure.palliative.chioggia@aulss3.veneto.it

tel. 0415573314

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
 Ospedale di Comunità

 Altro: _____
RICHIESTA PER:

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



Scheda Unità di Valutazione Multidimensionale

Accesso Rete Cure Palliative

U.O.C. Cure Palliative

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

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

Altre informazioni rilevanti

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 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).

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

Scheda Unità di Valutazione Multidimensionale Accesso Rete Cure Palliative U.O.C. Cure Palliative

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

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

Il paziente e i familiari sono stati informati sulla finalità delle Cure Palliative e di ricovero in Hospice e acconsentono, alla presente richiesta.

Firma accettazione _____ Grado di parentela _____

Firma e timbro del Medico Proponente

Data _____

Scheda Unità di Valutazione Multidimensionale

Accesso Rete Cure Palliative

U.O.C. Cure Palliative

Dichiarazione a cura del medico

Richiesta di accoglimento in hospice / cure palliative domiciliari (*Riferimento alla circolare regione Veneto n. 109224 del 06.03.2020 e successive modifiche, Circolare Ministeriale recante "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2" del 30.11.2020*).

Cognome e nome (Paziente) _____ Data nascita _____

Sulla base delle informazioni in mio possesso

1. Sono presenti segni o sintomi quali febbre, tosse, difficoltà respiratorie, anosmia, ecc. non riconducibili alla patologia oncologica? **SI** **NO**

2. Il paziente è stato a contatto stretto* con un caso confermato** o probabile*** di COVID-19? **SI** **NO**

***Contatto stretto:** contatto ravvicinato e continuativo superiore ai 15 minuti con:

- una persona che vive nella stessa casa ed è risultato affetto da COVID-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (es. stretta mano);
- un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID-19 e che non impiegava i DPI raccomandati o utilizzava DPI non idonei.

(*Riferimento Procedura regione Veneto Nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) Rev. 04 del 23.07.2020*).

Si ricordano inoltre alcune definizioni

****Caso confermato:** un caso che ha avuto una conferma di laboratorio effettuata presso il laboratorio di riferimento dell'Istituto Superiore di Sanità per infezione da SARS-CoV-2, indipendentemente dai sintomi clinici.

*****Caso probabile:** un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time per SARS-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

Caso sospetto: una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa con almeno un sintomo di: febbre, tosse, difficoltà respiratoria) che richiede ricovero in ospedale e che soddisfi almeno uno dei seguenti criteri epidemiologici:

- essere a contatto stretto con un caso confermato o probabile COVID-19;
- essere residente in zone presunte di trasmissione.

Data ultimo tampone eseguito _____ Esito **Positivo** **Negativo**

Firma e timbro del Medico Proponente

Data _____
