

Venezia/Mestre:  
Mirano/Dolo:  
Chioggia/Cavarzere:

[cure.palliative@aulss3.veneto.it](mailto:cure.palliative@aulss3.veneto.it)  
[cure.palliative.mirano@aulss3.veneto.it](mailto:cure.palliative.mirano@aulss3.veneto.it)  
[cure.palliative.chioggia@aulss3.veneto.it](mailto:cure.palliative.chioggia@aulss3.veneto.it)

tel. 0412608066/8016  
tel. 0415133325  
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

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

**Altre informazioni rilevanti**

**INDICE DI KARNOFSKY**

<b>CRITERI SPECIFICI</b>	<b>INDICE</b>
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).

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

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

TOTALE punteggio SINTOMI

PROBLEMI (fino a 2 problemi: <b>3 punti</b> ; tra 3 e 5 problemi: <b>4 punti</b> ; più di 5 problemi: <b>5 punti</b> )	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
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
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>			

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

Firma accettazione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma e timbro del Medico Proponente \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_