

## Centro di cure palliative Modulo di richiesta attivazione del servizio

Data \_\_\_\_\_

Struttura e/o medico inviante \_\_\_\_\_

La richiesta è per:      assistenza domiciliare            ricovero     

### Dati anagrafici del paziente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso F  M

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_ distretto \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

In questo momento il paziente è:

a domicilio       in ospedale       altro  specificare \_\_\_\_\_

### Dati Caregiver

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, familiare o altro): \_\_\_\_\_

### Informativa Preliminare sulle Cure Palliative

Gentile dottore, crediamo che l'ammissione in un Centro di Cure Palliative richieda una consapevolezza dei familiari sugli obiettivi e lo "stile" di tali cure. Tale "stile" implica che sia evitata ogni forma di accanimento diagnostico (TAC, ecc.) o terapeutico (interventi chirurgici e/o terapie rianimatorie). Crediamo quindi essenziale per l'ammissione al Centro che sia compilato il seguente questionario, insieme ad un parente autorizzato, come parte integrante della richiesta di assistenza:

- Il malato è consapevole della diagnosi?

Si       No       Parzialmente

- Il malato è consapevole dell'esito infausto?

Si       No       Parzialmente

- Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?

Si       No       Parzialmente

- I familiari sono stati chiaramente informati che il malato per il quale è stata fatta domanda di assistenza sarà curato in un Hospice, cioè un Centro per malati terminali affetti da malattia inguaribile dove non verranno effettuate ulteriori terapie causali per la Sua malattia, ma solo per sintomi che causano sofferenza, come ad esempio nausea, decubiti, dolore?

Si       No

Firma leggibile e timbro del medico compilatore

Firma leggibile di un parente autorizzato

Nome e Cognome del paziente: \_\_\_\_\_

## Scheda Medica

Patologia principale: oncologica  non oncologica

Se non oncologica specificare la patologia: \_\_\_\_\_

Se oncologica specificare il tipo di tumore: \_\_\_\_\_

Stadio: \_\_\_\_\_

Metastasi:

- ossee  specificare la sede \_\_\_\_\_
- epatiche
- polmonari
- altro  specificare \_\_\_\_\_

Altre patologie rilevanti: \_\_\_\_\_

### Sintomi

(barrare la casella se compaiono i sintomi indicati)

|                          |                  |                          |                     |
|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Dispnea          | <input type="checkbox"/> | Agitazione          |
| <input type="checkbox"/> | Confusione       | <input type="checkbox"/> | Angoscia            |
| <input type="checkbox"/> | Vomito / Nausea  | <input type="checkbox"/> | Depressione         |
| <input type="checkbox"/> | Astenia / Fatica | <input type="checkbox"/> | Ansia               |
| <input type="checkbox"/> | Tosse            | <input type="checkbox"/> | Sopore              |
| <input type="checkbox"/> | Diarrea          | <input type="checkbox"/> | Insonnia            |
| <input type="checkbox"/> | Stipsi           | <input type="checkbox"/> | Vertigini           |
| <input type="checkbox"/> | Cefalea          | <input type="checkbox"/> | Tremori / Mioclonie |
| <input type="checkbox"/> | Delirium         | <input type="checkbox"/> | Anoressia           |
| <input type="checkbox"/> | Xerostomia       | <input type="checkbox"/> | Disfagia            |
| <input type="checkbox"/> | Dispepsia        | <input type="checkbox"/> | Sudorazione         |
| <input type="checkbox"/> | Prurito          | <input type="checkbox"/> | Dolore              |

### Dati di interesse clinico-assistenziale

(barrare la casella se sono presenti le specifiche di seguito)

|                          |                            |                          |                     |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Catetere venoso centr.     | <input type="checkbox"/> | Catetere Vescicale  |
| <input type="checkbox"/> | Catetere venoso perif.     | <input type="checkbox"/> | Ureterostomia       |
| <input type="checkbox"/> | Port a Cath                | <input type="checkbox"/> | Nefrostomia         |
| <input type="checkbox"/> | Ago sottocutaneo           | <input type="checkbox"/> | Ano Artificiale     |
| <input type="checkbox"/> | Catetere epi / spi         | <input type="checkbox"/> | Tracheostomia       |
| <input type="checkbox"/> | Elastomero                 | <input type="checkbox"/> | Drenaggi            |
| <input type="checkbox"/> | Flebo                      | <input type="checkbox"/> | Incontinenza        |
| <input type="checkbox"/> | Pca                        | <input type="checkbox"/> | Piaghe da decubito  |
| <input type="checkbox"/> | Sondino nasogastrico       | <input type="checkbox"/> | Ascite              |
| <input type="checkbox"/> | Gastrostomia PEG           | <input type="checkbox"/> | Versamento pleurico |
| <input type="checkbox"/> | Nutriz. Parentelare tot.   | <input type="checkbox"/> | Ossigenoterapia     |
| <input type="checkbox"/> | Nutriz. Parentelare perif. |                          |                     |

Indicare l'intensità del dolore secondo la scala VAS (inserire un valore da 0 a 10): \_\_\_\_\_

Indicare l'indice di Karnofsky (inserire un valore da 10 a 100): \_\_\_\_\_

Il paziente necessita di trattamento oncologico? Sì  No

Se sì, di quale tipo? \_\_\_\_\_

Indicare una sintesi di eventuali consulenze specialistiche, indagini strumentali e/o esami ematochimici significativi (la cui documentazione sarà da presentarsi in sede di colloquio con l'Unità Valutativa dell'Hospice):

Prognosi quoad vitam sfavorevole in tempi:

molto brevi (<7gg.)  brevi  medi  lunghi (> 90gg.)

**Nome e Cognome del paziente:** \_\_\_\_\_**Terapia in atto:**

|   | Farmaco e tipologia di somministrazione | Posologia |
|---|---|-----------|
| 1 |   |           |
| 2 |   |           |
| 3 |   |           |
| 4 |   |           |
| 5 |   |           |
| 6 |   |           |
| 7 |   |           |
| 8 |   |           |

**Dati socio-ambientali**

(Tutti i dati forniti sono tutelati secondo il D.L.vo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni e/o modificazioni)

**Eventuali situazioni di particolare disagio sociale:**

- Malattie invalidanti
- Problemi psichiatrici
- Condizione abitativa insufficiente
- Tossicodipendenza/Alcolismo
- Minori a carico
- Indigenza
- Problematiche familiari, sanitarie o sociali, gravi

Se è stata barrata l'ultima casella specificare quali: \_\_\_\_\_

**Ruolo dei familiari:**

- Costante e partecipe
- Parzialmente costante
- Assente

**Eventuali ed ulteriori osservazioni del medico compilatore:**

## Nome e Cognome del paziente:

Gentile Signore/Signora,

La informiamo che è in vigore una legge che tutela i Suoi dati personali con regole precise a tutela della riservatezza e privacy delle informazioni (**D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 - Codice Privacy**). **Ai sensi dell'art. 13 del Codice Le forniamo la presente informativa** con richiesta di autorizzazione al trattamento dei Suoi dati anche di natura sensibile.

I dati personali e le informazioni necessarie per la gestione della Sua richiesta sono di natura anagrafica, sanitaria, clinica (compresa la diagnosi e la terapia in corso), socio-sanitaria, socio-economica, familiare, amministrativa e fiscale, recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica, dati anagrafici e recapiti telefonici del Care Giver, informazioni circa il tutore, rappresentante legale, curatore e ogni ulteriore informazione necessaria per la gestione della pratica.

I Suoi dati personali saranno trattati per le seguenti finalità in funzione dei servizi richiesti:

- gestione dell'iter di richiesta di presa in carico presso la nostra struttura per assistenza sanitaria in regime di ricovero o in assistenza domiciliare;
- prestazione di servizi socio sanitari per l'assistenza in cure palliative;
- ogni altra finalità amministrativa strettamente connessa e strumentale alla gestione della richiesta;

I Suoi dati sono trattati a garanzia della riservatezza nei modi previsti dalla legge di riferimento e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. I dati sono trattati in forma cartacea e informatizzata.

Il conferimento dei Suoi dati, anche quelli di natura sensibile, deve essere da Lei liberamente espresso. È nostro dovere informarla che il conferimento dei Suoi dati è indispensabile per la gestione della Sua richiesta di presa in carico presso la nostra struttura.

**Un Suo rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità per la Fondazione di gestire la Sua richiesta, di fornire il servizio richiesto e di completare la pratica amministrativa per la valutazione della richiesta.**

I dati personali sono trattati dal medico di medicina generale e/o dal medico curante, dalla ASL, dall'autorità di pubblica sicurezza nei casi di esplicita richiesta.

Possono inoltre accedere ai Suoi dati personali i soggetti interni e/o esterni alla scrivente in qualità di incaricati e/o responsabili al trattamento dei dati al fine dell'adempimento delle mansioni e dei compiti loro affidati.

Le ricordiamo che i suoi diritti sono stabiliti dall'art. 7 e seguenti del Codice Privacy e potrà esercitarli in ogni momento rivolgendosi alla scrivente.

Titolare del trattamento dei dati personali è Fondazione Sanità e Ricerca con sede in Roma, Via A. Poerio 100. Il Responsabile al trattamento dei dati è il Direttore Sanitario. L'elenco costantemente aggiornato dei Responsabili al trattamento è disponibile presso l'Ufficio Qualità e Privacy.

Il paziente o un Suo familiare (delegato/autorizzato)

**acconsente**     **non acconsente**

al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile, come indicato nell'informativa e alla comunicazione alla ASL Roma 3 per l'attivazione dell'iter assistenziale.

Firma del paziente o di chi autorizzato a farne le veci \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME DEL MEDICO COMPILATORE

OSPEDALE E REPARTO DI APPARTENENZA O ALTRO RUOLO

N. TEL.

N. FAX

E-MAIL

FIRMA E TIMBRO