

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE
(FACSIMILE DELLA SCHEDA VISUALIZZABILE NELLA PIATTAFORMA REGIONALE SIAT - APPLICATIVO HOSPICE)

Protocollo _____	data _____
------------------	------------

1. Dati Anagrafici

COGNOME _____	NOME _____
CODICE FISCALE _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
LUOGO E DATA DI NASCITA _____	
DOMICILIATO IN VIA/P.ZZA _____	CAP _____
RESIDENZA (se diversa dal domicilio) _____	
ASL DI RESIDENZA _____	DISTRETTO _____ Tel _____
Tel. Cellulare _____	EMAIL _____

La richiesta è per:Hospice residenziale Unità di Cure Palliative domiciliare (UCP) Obiettivi di cura: controllo dei sintomi supporto alla famiglia **Provenienza della Richiesta**

Data della richiesta di presa in carico _____
IL PAZIENTE ATTUALMENTE SI TROVA: <input type="checkbox"/> a domicilio <input type="checkbox"/> in ospedale <input type="checkbox"/> altro ^(specificare) _____
Richiesta proveniente da: <input type="checkbox"/> Struttura sanitaria <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Medico Specialista
Tipo struttura di provenienza Ospedale/Reparto _____
Medico referente del caso/telefono _____
Richiedente (Firma e Timbro del Medico) _____ Codice prescrittore _____

Informativa preliminare

Il malato è consapevole della diagnosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il malato è consapevole della prognosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il familiare è consapevole della diagnosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il familiare è consapevole della prognosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il familiare è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il Paziente e/o Familiare sono stati chiaramente informati che è stata fatta la domanda di assistenza per l'UCP domiciliare o per l'hospice residenziale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il Paziente e/o Familiare acconsentono e sottoscrivono ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Firma del paziente o del familiare di riferimento _____

2. Strutture di Ricovero (segnalare fino a un massimo di 4 strutture di preferenza del paziente e famiglia)

	Struttura	Note
1		
2		
3		
4		

3. Scheda Medica

Patologia principale oncologica non oncologica

Specificare la patologia _____ (codice ICD9-CM) _____

Specificare la recidiva _____ (codice ICD9-CM) _____

Specificare eventuali metastasi _____ (codice ICD9-CM) _____

Infezioni in atto? (se si specificare) NO SI _____

Il paziente è in trattamento con finalità palliative? NO SI (se si specificare quale tipo e durata)

TIPO _____ Farmaci _____

Precedenti trattamenti attuati:

Chirurgia Chemioterapia Radioterapia Nessuno Altro _____

Terapia in atto

Farmaco	Dettagli terapia

Altre patologie rilevanti

codice ICD9-CM	Descrizione

Schede di valutazione

Indice di Karnofsky

<input type="checkbox"/> 100	Paziente in salute	<input type="checkbox"/> 50	Paziente che richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata
<input type="checkbox"/> 90	Paziente con segni e sintomi di malattia tali da permettere un'attività lavorativa normale	<input type="checkbox"/> 40	Paziente inabile richiede cure continue, allettato per più del 50% del giorno
<input type="checkbox"/> 80	Paziente che svolge un'attività normale ma con fatica	<input type="checkbox"/> 30	Paziente con indicazione a ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio; supporto domiciliare intenso
<input type="checkbox"/> 70	Paziente incapace di lavorare ma può badare a sé stesso	<input type="checkbox"/> 20	Paziente con gravi compromissioni di funzione di organo (una o più) irreversibili
<input type="checkbox"/> 60	Paziente incapace di lavorare e richiede assistenza per camminare	<input type="checkbox"/> 10	Paziente moribondo

Indice del dolore (Indicare l'intensità del dolore secondo la scala NRS)

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Sede del dolore (specificare)										

Sintomi principali (barrare le caselle se compaiono i sintomi indicati)

<input type="checkbox"/> Agitazione	<input type="checkbox"/> Angoscia	<input type="checkbox"/> Anoressia	<input type="checkbox"/> Ansia
<input type="checkbox"/> Astenia/Fatica	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Confusione	<input type="checkbox"/> Delirium
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Dispepsia
<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Edemi	<input type="checkbox"/> Emorragia	<input type="checkbox"/> Febbre
<input type="checkbox"/> Insonnia	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Sopore
<input type="checkbox"/> Stipsi	<input type="checkbox"/> Sudorazione	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Tremori/Mioclonie
<input type="checkbox"/> Vertigini	<input type="checkbox"/> Vomito/Nausea	<input type="checkbox"/> Xerostomia	<input type="checkbox"/> Altro
Altre problematiche	<input type="checkbox"/> Alcolismo	<input type="checkbox"/> Tossicodipendenza	<input type="checkbox"/> Problemi psichiatrici

Problematiche assistenziali

Nutrizione artificiale	Parenterale	Periferica <input type="checkbox"/>	Catetere venoso centrale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Centrale <input type="checkbox"/>			
		Nessuna <input type="checkbox"/>			
	Enterale	SNG <input type="checkbox"/>	Stomie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		PEJ <input type="checkbox"/>	Drenaggi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		PEG <input type="checkbox"/>			
Nessuna <input type="checkbox"/>	Medicazioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Ossigeno terapia	Al bisogno <input type="checkbox"/>	Lesioni da pressione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Continuativa <input type="checkbox"/>				
	Nessuna <input type="checkbox"/>				Terapia trasfusionale
Ventilazione meccanica a lungo termine	Invasiva <input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Non invasiva <input type="checkbox"/>				
	Nessuna <input type="checkbox"/>				

Previsione clinica di sopravvivenza

Molto breve < 7 giorni <input type="checkbox"/>	Breve < 30 giorni <input type="checkbox"/>	Media < 90 giorni <input type="checkbox"/>	Lunga > 90 < 180 giorni <input type="checkbox"/>
---	--	--	--

4. Dati del/dei Familiari di riferimento

Cognome	Nome
Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, o altro familiare)	
Indirizzo	
Telefono fisso e cellulare	
Altre persone di sostegno	

Situazione sociale

Convivente con malattie invalidanti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Minori a carico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Convivente con problemi psichiatrici	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Persona sola	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Convivente alcolista	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Problematiche familiari sociali	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Convivente tossicodipendente	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Abitazione non idonea	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

Ruolo dei familiari

costante e attivo parzialmente attivo occasionale, su richiesta Inconsistente

5.Piano Assistenziale Individuale (barrare i bisogni individuati al momento della richiesta)

<input type="checkbox"/> Controllo del dolore	<input type="checkbox"/> Controllo sintomi psicocomportamentali (angoscia, agitazione, delirium, etc.)
<input type="checkbox"/> Controllo dispnea	<input type="checkbox"/> Controllo sintomi gastroenterici (nausea, vomito, subocclusione, etc.)
<input type="checkbox"/> Medicazioni complesse	<input type="checkbox"/> Gestione fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee etc.)
<input type="checkbox"/> Supporto trasfusionale	<input type="checkbox"/> Sedazione terminale
<input type="checkbox"/> Ascolto/supporto al paziente e famiglia	<input type="checkbox"/> Accudimento del paziente per autonomia ridotta o assente
<input type="checkbox"/> Altro (specificare).....	

Scheda informativa sulla privacy ed autocertificazione (DCA 431 /2012)

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da Lei forniti formano oggetto di trattamento da parte di questo servizio.

- 1) *Quali dati trattiamo? I dati identificativi (nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, telefono) e quelli inerenti il suo stato di salute e le sue condizioni sociali, indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia, che ci lega.*
- 2) *Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo? I dati vengono raccolti attraverso i modelli compilati dal suo medico di fiducia ed anche: direttamente da noi durante la segnalazione e l'accettazione della richiesta, la visita, e talora telefonicamente. Essi vengono raccolti e registrati parzialmente su carta e parzialmente a livello informatico, per le finalità esplicite e legittime connesse all'assistenza richiesta. Ai dati può accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure di sicurezza adottate per la protezione dei dati.*
- 3) *E' obbligatorio fornire i dati, cosa accade se non vengono forniti? I dati personali richiesti sono assolutamente necessari per le finalità del servizio, senza di essi non possiamo soddisfare le sue necessità, il rifiuto a fornirli comporterà quindi l'impossibilità di istaurare il rapporto necessario per assisterla.*
- 4) *A chi possono essere comunicati i dati, quali è l'ambito di diffusione? Nell'ambito delle attività di tipo amministrativo-sanitario si rende spesso necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati a diversi soggetti quali ad esempio laboratorio analisi, farmacia, Medico Curante, "RSA", hospice, reparti ospedalieri, soggetti accreditati del ruolo sanitario che operano per conto della ASL. Per gli utilizzatori di apparecchi elettro-medicali salvavita (es. ventilatori ed aspiratori) il pianto anti black-out prevede inoltre comunicazione nell'Ente erogatore di energia elettrica, dall'ufficio della protezione civile ed al 11 8. Nel caso di assistiti che necessitano anche di interventi socio-assistenziali (ambito amministrativo sociale) le comunicazioni possono essere necessarie con i servizi sociali del comune o del consorzio dei comuni del distretto. La ASL ed il comune si impegnano a non comunicare o diffondere alcuna informazione che la riguarda a fini diversi da quelli enunciati. Ovviamente rispondiamo alle intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, collaboriamo nei procedimenti legali ed adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e organi di vigilanza e controllo.*
- 5) *Quali sono i suoi diritti, come farli valere? Lei, in quanto "interessato", ha, in ogni momento, la possibilità di esercitare i Suoi diritti (artt. 15-21 del Regolamento Ue 679/2016) e, in caso di non adeguato o mancato, ha, altresì, il diritto di rivolgersi al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento) o alla competente Autorità Giudiziarie (art. 79 del Regolamento). Per esercitare i suddetti diritti può rivolgersi all'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 (titolare del trattamento) con sede legale in Roma, Via Borgo Santo Spirito 3, i cui dati di contatto sono i seguenti: Pec: protocollo@pec.aslroma1.it; recapito telefonico: 06.68351. I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), denominato anche Data Protection Officer (DPO), sono i seguenti: indirizzo mail: dpo@aslroma1.it; recapito telefonico: 063306-2791-92; 2794, telefax: 0633062792.*
- 6) *Chi tratta materialmente i dati, chi ne è titolare? Ogni professionista della ASL e del Comune tratta i Suoi dati. Oltre all'Asl Roma 1, il Comune di Roma è titolare del trattamento.*

AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare notizie sul mio stato di salute alle seguenti persone:

Sig. _____ Tel. _____

Sig. _____ Tel. _____

AUTORIZZO il personale a rendere nota la mia presenza presso questa struttura esclusivamente alle seguenti persone:

Sig. _____ Tel. _____

Sig. _____ Tel. _____

Roma, _____

Firma*

*Allegare autocertificazione se chi firma non è il diretto interessato.

Dichiarazione sostitutiva della
CERTIFICAZIONE GENERICA (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 Allegato n.3 al DCA 431/2012)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.455

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____, il ____/____/____

residente a _____ (prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

in qualità di¹:

esercente la responsabilità genitoriale;

² persona fiduciaria;

esercente la legale rappresentanza;

amministratore di sostegno;

³ prossimo congiunto;

persona convivente;

⁴ altro

dell'interessato/a⁵ _____
(nome) (cognome)

nato/a a _____ il ____/____/____

residente a _____ (prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

e che lo stesso/a si trova in una delle seguenti condizioni:

impossibilità fisica,

incapacità di agire

incapacità di intendere o di volere.

Roma, li

Firma _____

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

¹ Barrare la pertinente casella per indicare la qualità del dichiarante in relazione al rapporto con l'interessato.

² Solo se l'interessato, maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, abbia indicato la S.V. quale persona di sua fiducia che ne faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie (art. 4 della L. 219/2017).

³ Manca, se non ai soli effetti della legge penale, una chiara e certa individuazione normativa al riguardo; invero solo l'art. 307 del Codice Penale ne dà una definizione, intendendo per prossimi congiunti i seguenti: gli ascendenti, i discendenti, il coniuge, la parte di un'unione civile tra persone dello stesso sesso, i fratelli, le sorelle, gli affini nello stesso grado, gli zii e i nipoti.

⁴ Es. persona responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato, ecc.

⁵ È la persona a cui si riferisce la segnalazione/richiesta di intervento distrettuale.