

MODULO RICHIESTA COLLOQUIO DI PRESA IN CARICO

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____
 Sesso M F Stato civile _____
 Residente: Città _____ Via _____ n° _____
 Domicilio (se diverso da residenza) _____

Familiare/Caregiver Cognome Nome: _____ Tel. (obbligatorio) _____

Segnalato da:

MMG Dott. _____ Cell. _____ e-mail _____
 Medico Ospedaliero Dott. _____ U.O. _____ Tel. _____ e-mail _____
 Familiare/Caregiver

Diagnosi principale (se oncologica, eventuali localizzazioni secondarie)

Segni e Sintomi

CACHESSIA DISFAGIA ASCITE NAUSEA/VOMITO
 STIPSI/DIARREA DISPNEA EMORRAGIA RIDUZIONE DEL LIVELLO DI COSCIENZA
 DOLORE DISTRESS PSICO ESISTENZIALE DELIRIUM/AGITAZIONE ALTRO _____

Presidi/medicazioni

Nutrizione	<input type="checkbox"/> NPT	<input type="checkbox"/> NE : <u>specificare se:</u>	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> DIGIUNOSTOMIA	<input type="checkbox"/> ALTRO :
Respirazione	<input type="checkbox"/> O ₂		<input type="checkbox"/> Ventilazione _____			
Eliminazione urinaria	<input type="checkbox"/> CV	<input type="checkbox"/> Lavaggi vescicali	<input type="checkbox"/> Ureterocutaneostomie		<input type="checkbox"/> Nefrostomie	
Eliminazione intestinale	<input type="checkbox"/> Stomie _____					
Medicazioni	<input type="checkbox"/> LdP/Vascolari		<input type="checkbox"/> Lesioni chirurgiche		<input type="checkbox"/> Lesioni neoplastiche	
Presidi vascolari	<input type="checkbox"/> CVC		<input type="checkbox"/> Port-A-Cath		<input type="checkbox"/> PICC	
Altro _____	<input type="checkbox"/> Drenaggi		<input type="checkbox"/> Pace Maker		<input type="checkbox"/> Defibrillatore impiantabile	

ECOG

Indice di Karnofsky

0	Paziente fisicamente attivo, in grado di svolgere la normale attività pre-terapia	100-90	<input type="checkbox"/>
1	Paziente limitato nell'attività massima: può essere seguito in ambulatorio e svolge un lavoro di entità leggera o di tipo sedentario	80-70	<input type="checkbox"/>
2	Paziente che deambula ed è in grado di accudire se stesso ma incapace di svolgere ogni attività lavorativa. Resta alzato per più del 50% delle ore di veglia	60-50	<input type="checkbox"/>
3	Paziente in grado di accudire sé stesso solo parzialmente e costretto a letto per più del 50% delle ore di veglia	40-30	<input type="checkbox"/>
4	Paziente grave a letto e non in grado di accudire se stesso	20-10	<input type="checkbox"/>

Grado di consapevolezza del paziente

Completa consapevolezza di diagnosi e prognosi Conosce la diagnosi, ma ignora la prognosi
 Nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi

Data _____

Firma _____

Inviare la presente richiesta, possibilmente allegando documentazione clinica, ai seguenti recapiti:
 e-mail: curepalliative@asst-val.it Tel. 0342-808782 reparto-808772 inf. coordinatore Sondalo
 Tel. 0342-607400 reparto-607419 inf. coordinatore Morbegno

Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario

Via Stelvio, 25 – 23100 Sondrio – Tel: 0342521111 – fax. 0342521024 – Cod. fisc. e P.IVA 00988090148

www.asst-val.it -  @asstValLario -  @asstvaltellina