SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

REGIONE LAZIO

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 ☐ F ☐

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: ☐ **a domicilio** ☐ **in ospedale** ☐ **altro**(specificare)_____

Richiesta proveniente da: ☐ Struttura sanitaria ☐ MMG ☐ 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?	☐ SI	☐NO	☐ Parzialmente
Il malato è consapevole della prognosi?	☐ SI	☐NO	☐ Parzialmente
Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	☐ SI	☐NO	☐ Parzialmente
Il familiare è consapevole della diagnosi?	☐ SI	☐NO	☐Parzialmente
Il familiare è consapevole della prognosi?	☐ SI	☐NO	☐Parzialmente
Il familiare è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	☐ SI	☐NO	☐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?	☐ SI	☐NO	☐Parzialmente
Il Paziente e/o Familiare acconsentono e sottoscrivono?	☐ SI	☐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

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

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

	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐
Sede del dolore (specificare)											

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

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

Problematiche assistenziali

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

Previsione clinica di sopravvivenza

Molto breve < 7 giorni ☐	Breve < 30 giorni ☐	Media < 90 giorni ☐	Lunga > 90 < 180 giorni ☐

4.Dati del/dei Familiari di riferimento

Cognome_____ Nome _____

Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, o altro familiare)_____

Indirizzo _____

Telefoni fisso e cellulare_____

Altre persone di sostegno_____

Situazione sociale

Convivente con malattie invalidanti	☐ NO ☐ SI	Minori a carico	☐ NO ☐ SI
Convivente con problemi psichiatrici	☐ NO ☐ SI	Persona sola	☐ NO ☐ SI
Convivente alcoolista	☐ NO ☐ SI	Problematiche familiari sociali	☐ NO ☐ SI
Convivente tossicodipendente	☐ NO ☐ SI	Abitazione non idonea	☐ NO ☐ SI

Ruolo dei familiari

☐ costante e attivo ☐ parzialmente attivo ☐ occasionale, su richiesta ☐ **inconsistente**

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

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

☐ 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, perchè 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 minime di sicurezza previste dal Codice delle Privacy.
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 118. 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 impegnato 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 Giudiziaria, 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? Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, direttamente a noi o alla Direzione Aziendale, in qualsiasi forma (e-mail, fax, lettera). In relazione al trattamento di dati personali Lei ha difatti diritto: A) di indicare i soggetti da escludere nelle fasi di comunicazione B) di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati C) di fare aggiornare, integrare, rettificare o cancellare tali dati, D) di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma, E) nell'esercizio di tali di dritti può conferire, per iscritto, delega o procura o persone fisiche o ad associazioni.
6) Chi tratta materialmente i dati, chi ne è titolare? Ogni professionista della ASL e del Comune secondo le sue personali esigenze svolge la funzione di titolare del trattamento dati.

Acconsento al trattamento esclusivamente ai seguenti soggetti (cancellare quelli che non interessano):
MEDICO FAMIGLIA / MEDICO OSPEDALIERO / OPERATORE PUA / CAD / TSMREE
SERVIZI SOCIALI COMUNE / SERT / DSM / ALTRO
NON AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare a chiunque notizie sul mio stato di salute ovvero la presenza presso questa struttura.
AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare notizie sul mio stato di salute ovvero la mia presenza presso questa struttura esclusivamente alle seguenti persone:
Sig._____Tel._____
Sig._____Tel._____

Roma, Firma_____
Se non è il diretto titolare del diritto allegare autocertificazione.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

REGIONE LAZIO

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 Sottoscritto _____

nato a _____, il ____/____/____

residente a _____(prov._____)

in _____n°_____

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

DICHIARA CHE

L'interessato/a cui si riferisce la segnalazione / richiesta di intervento distrettuale,

Sig. /Sig.ra

---

nato a _____il____/____/____

residente a _____in
_____n°_____

E' impossibilitato ad esprimere il suo consenso al trattamento dei dati necessari a dare seguito alla segnalazione stessa, trovandosi in un delle seguenti condizioni: impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere e volere.
Il consenso viene pertanto espresso dal sottoscritto, che si trova in una delle seguenti condizioni
(cancellare le voci che non interessano):

- esercente legalmente la potestà
- prossimo congiunto
- familiare
- convivente
- altro (specificare): _____

Firma _____

Allegare fotocopia del Documento in corso di validità