 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Pavia</p>	STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE MOD01.TER727.DID01.39491/IO05	ED. 1 REV. 01 Novembre 2020
---	--	--


Cognome e Nome del paziente _____

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO ONCOLOGICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI NEOPLASIA (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
o Diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi: neoplasie polmone, pancreas ed esofago) che presenti scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione durante il trattamento o metastasi in organi vitali (SNC, fegato, grave disseminazione polmonare)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA OSTRUTTIVA			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di due o più dei seguenti criteri)			
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Nel caso si disponga dei test respiratori , criteri di ostruzione severa: FEV1 <30% o criteri di deficit restrittivo severo: CV forzata <40%, DLCO <40%.	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa : presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Insufficienza cardiaca sintomatica	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

Data _____

Firma Medico _____

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Pavia</p>	STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE MOD01.TER727.DID01.39491/IO05	ED. 1 REV. 01 Novembre 2020
---	--	--


Cognome e Nome del paziente _____

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CARDIOLOGICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE CARDIACHE (presenza di due o più dei seguenti criteri)			
<input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo o per sforzi minimi.	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> In caso si disponga di Ecocardiografia: frazione di eiezione gravemente ridotta (< 30%) o ipertensione polmonare severa (Pressione polmonare > 60 mmHg)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Insufficienza renale (FG <30%)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco /cardiopatia ischemica (>3 nell'ultimo anno)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO COLPITO DA STROKE			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE STROKE (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
<input type="checkbox"/> Durante la fase acuta e subacuta (< 3 mesi post-stroke) : stato vegetativo persistente o di minima coscienza > 3 giorni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Durante la fase cronica (> 3 mesi post-stroke): complicanze mediche ripetute (polmonite ab ingestis, nonostante misure antidisfagia), pielonefriti (> 1), febbre ricorrente nonostante terapia antibiotica (febbre persistente dopo 7 giorni di terapia)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Antibiotico terapia per più di 7 giorni, lesioni da decubito persistenti in stadio III-IV o demenza severa post-stroke	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

Data _____

Firma Medico _____

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Pavia</p>	<p>STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE</p> <p>MOD01.TER727.DID01.39491/IO05</p>	<p>ED. 1 REV. 01 Novembre 2020</p>
--	--	--


Cognome e Nome del paziente _____

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEUROLOGICO CRONICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: SNG/PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE NON INVASIVA	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE INVASIVA/TRACHEO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE: SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza di due o più dei seguenti criteri)			
<input type="checkbox"/> Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Sintomi complessi e di difficile controllo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Disfagia progressiva	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO EPATOPATICO CRONICO GRAVE			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (richiede la presenza di UNO o più criteri)			
<input type="checkbox"/> Cirrosi avanzata Child C (determinato in assenza di complicanze o dopo trattamento ottimale), MELD-Na score > 30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite refrattaria, sindrome epatorenale o emorragia digestiva alta da ipertensione portale con fallimento del trattamento farmacologico ed endoscopico e assenza di indicazioni per trapianto o TIPS	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Carcinoma epatocellulare: presente in stadio C o D (Barcellona Clinic Liver Cancer)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

Data _____

Firma Medico _____

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Pavia</p>	<p>STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE</p> <p>MOD01.TER727.DID01.39491/IO05</p>	<p>ED. 1 REV. 01 Novembre 2020</p>
--	--	--


Cognome e Nome del paziente _____

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEFROPATICO CRONICO GRAVE		
1. DOMANDA SORPRENDENTE		
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
VOLONTÀ ESPRESSA DAL PAZIENTE E DAL CARE-GIVER/FAMIGLIARI: PROSECUZIONE DIALISI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Insufficienza renale grave (FG < 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON DEMENZA		
1. DOMANDA SORPRENDENTE		
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DEMENZA (presenza di due o più dei seguenti criteri)		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Criteri di gravità: incapacità a vestirsi, lavarsi, o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c), incontinenza doppia (GDS/FAST 6d-e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata, 6 o meno parole intelligibili (GDS/FAST 7) (Global Deterioration Scale/Function Assessment Staging Test) 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Criteri di progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL negli ultimi 6 mesi nonostante un intervento terapeutico adeguato (non imputabile ad una situazione acuta per processo intercorrente) o presenza di difficoltà alla deglutizione, o rifiuto del cibo, in pazienti che non riceveranno nutrizione enterale o parenterale. 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (> 3 in 12 mesi, per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite, 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Setticemia, etc. (che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo) 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

Data _____

Firma Medico _____

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Pavia</p>	<p>STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE</p> <p>MOD01.TER727.DID01.39491/IO05</p>	<p>ED. 1 REV. 01 Novembre 2020</p>
--	---	---

Cognome e Nome del paziente _____

QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITA', STABILITÀ E INSTABILITÀ		
<p>MALNUTRIZIONE E/O DENUTRIZIONE Marcatori Nutrizionali, almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Severità: albumina serica < 2,5g/dl non correlato a eventi acuti ○ Progressione: perdita di peso > 10% ○ Percezione clinica di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<p>MARCATORI FUNZIONALI, almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Severità: dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel <25, ECOG>2 o Karnofsky <50%) ○ Progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento Terapeutico ○ Percezione clinica di un deterioramento funzionale (persistente intenso/grave, progressivo, irreversibile) non legato a condizioni intercorrenti 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<p>ALTRI MARCATORI DI SEVERITÀ E FRAGILITÀ ESTREMA, almeno 2 dei seguenti negli ultimi 6 mesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ulcere da decubito croniche (III-IV grado) ○ Infezioni ricorrenti (>1) ○ Stato confusionale acuto (delirium) ○ Disfagia persistente ○ Cadute (>2) ○ Disturbi del sonno ○ Dispnea ○ Dolore ○ Disturbi gastroenterici ○ Astenia 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<p>STRESS EMOTIVO con sintomi psicologici (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute</p>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<p>ULTERIORI FATTORI DI UTILIZZO DI RISORSE. Una qualsiasi delle seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche, nell'ultimo anno ○ Necessità di cure complesse/intense continue, sia in un istituto di cura che al domicilio 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<p>CONTESTO SOCIALE DIFFICILE</p>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<p>COMORBIDITÀ ≥ 2 patologie concomitanti</p>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

Data _____

Firma Medico _____