

**SCHEDA DI IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE DEL MALATO  
CARDIOLOGICO**

Data \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

**1. DOMANDA SORPRENDENTE**

SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?  NO  SÌ

**2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE**

VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI  SÌ  NO

RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE  SÌ  NO

**3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE CARDIACHE** (presenza di **DUE o più** dei seguenti criteri)

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile   | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| • Dispnea a riposo o per sforzi minimi  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| • Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato   | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| • 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 |
| • Insufficienza renale (FG <30%)  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| • Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco/cardiopatia ischemica (>3 nell'ultimo anno)  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |

**4. PROGNOSI STIMATA**  <30 giorni  <3 mesi  >3 mesi

Operatore sanitario \_\_\_\_\_

Medico Dr. \_\_\_\_\_