

**SCHEDA DI IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE DEL MALATO  
 CON MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA OSTRUTTIVA**

Data \_\_\_\_\_

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

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA OSTRUTTIVA		
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>		
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>		
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
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)</b>		
• Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
• Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
• 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
• 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
• Insufficienza cardiaca sintomatica	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
• Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

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

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