

SCHEDA DI IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE DEL MALATO COLPITO DA STROKE

Data _____

COGNOME _____ NOME _____ Nato/a il _____

| 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) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 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 | |
| <ul style="list-style-type: none"> 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 | |
| <ul style="list-style-type: none"> Antibioticoterapia 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 |

Operatore sanitario _____

Medico Dr. _____