

SCHEDA DI IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE DEL MALATO NEFROPATICO CRONICO GRAVE

Data _____

COGNOME _____ NOME _____ Nato/a il _____

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 DI MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)		
<ul style="list-style-type: none"> 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

Operatore sanitario _____

Medico Dr. _____