

SCHEDA DI IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE DEL MALATO ONCOLOGICO

Data _____

COGNOME _____ NOME _____ Nato/a il _____

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)			
<ul style="list-style-type: none"> 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	
<ul style="list-style-type: none"> Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%) 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> 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

Operatore sanitario _____

Medico Dr. _____