

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

Data \_\_\_\_\_

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

<b>CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO ONCOLOGICO</b>			
<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 NEOPLASIA</b> (presenza di <b>UNO</b> o <b>più</b> dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) &lt;50%)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico</li> </ul>	<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. \_\_\_\_\_