

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

Data _____

COGNOME _____ NOME _____ Nato/a il _____

1. DOMANDA SORPRENDENTE

SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI? NO SÌ

2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE

VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI SÌ NO

RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE SÌ NO

3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE CARDIACHE (presenza di **DUE o più** dei seguenti criteri)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| • Dispnea a riposo o per sforzi minimi | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| • Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| • In caso si disponga di ecocardiografia: frazione di eiezione gravemente ridotta (<30%) o ipertensione polmonare severa (pressione polmonare >60 mmHg) | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| • Insufficienza renale (FG <30%) | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| • Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco/cardiopatia ischemica (>3 nell'ultimo anno) | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |

4. PROGNOSI STIMATA <30 giorni <3 mesi >3 mesi

Operatore sanitario _____

Medico Dr. _____