

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Rhodense</p>	<p>SCHEDA DI COLLOQUIO PER ACCESSO ALLA RETE DI CURE PALLIATIVE (Art. 1 Legge 38/2010)</p>	<p>Rev. 0.0.05 30.01.2024 CUMED</p> <p>Pag. 1 di 10</p>
---	--	---

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA HOSPICE E CURE PALLIATIVE

Segreteria: telefoni e fax 02/99430.5100 – 02/99430.5102 – e.mail: curepalliative@asst-rhodense.it

SCHEDA DI COLLOQUIO PER ACCESSO ALLA RETE DI CURE PALLIATIVE (Art. 1 Legge 38/2010)

**SCHEDA DI COLLOQUIO PER ACCESSO ALLA RETE DI CURE PALLIATIVE
(Art. 1 Legge 38/2010)**Primo Colloquio Colloquio Successivo SOGGETTO INVIANTE: MMG Familiare Degenza Ospedaliera Servizi Sociali Altro..... RICHIESTA DI: UCP DOM Hospice**SEGNALAZIONE**

Cognome _____ Nome _____

N° tessera sanitaria _____ ASL _____ Codice Fiscale _____

N° esenzione ticket _____ Invalidità _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ Età _____

Indirizzo _____ N. _____ Città _____ Prov _____

Residente Domiciliato Richiesto cambio di residenza

Telefono abitazione _____

Primo familiare di riferimento _____ Telefono _____

Secondo familiare di riferimento _____ Telefono _____

Data segnalazione _____

Data colloquio _____

Data attivazione _____

Data inserimento
lista attesa hospice _____

MMG: Dr/Dr.ssa _____ Tel. studio _____

All'atto del colloquio, il paziente si trova:

- A casa propria
- In codesto ente ospedaliero (reparto) _____
- In altro ospedale (specificare il reparto) _____
- In altro Hospice (specificare il luogo) _____
- In RSA o lungodegenza (specificare il luogo) _____
- In RSA o lungodegenza (specificare il luogo) _____



LA PATOLOGIA

PAZIENTE ONCOLOGICO PAZIENTE NON ONCOLOGICO

PATOLOGIA PRIMITIVA

Data prima diagnosi Struttura Sanitaria

LOCALIZZAZIONI SECONDARIE O SEDI DI PROGRESSIONE SE ONCOLOGICO (e anno della diagnosi)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PATOLOGIE CONCOMITANTI

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TERAPIA PREGRESSA

 CT RT Ormonoterapia Altro

TERAPIA ANTITUMORALE IN ATTO

 SI (specificare) NO

TERAPIE IN ATTO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



PARAMETRI CRITICI

- Condizioni generali Critiche Scadute Sufficienti Discrete Buone Altro
- Dolore Sì NO
- INTENSITA' (Riferita): Scala NRS Scala VRS Non Rilevabile Non Rilevato
- Caratteristiche del dolore
- Sede del dolore

Cachessia	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Dispnea	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Astenia	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Alvo chiuso da più di 7 giorni	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Diarrea cronica	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Stipsi ostinata	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Alimentazione scarsissima o nulla	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Vomito	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Calo ponderale	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Grave stato di disidratazione	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Diuresi insufficiente	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Lesioni da decubito	Sede:	Stadio:	<input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> NO
Sanguinamento	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Ascite	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	NO
Stato cognitivo (orientamento, memoria)	<input type="checkbox"/>	Integro	<input type="checkbox"/>	Alterato

(segnalare stato di coma, confusione o sopore)

Stato psicofisico (ansia / depressione / agitazione)

 Integro Alterato

Altro (specificare)

Continenza urine Completa Parziale Impossibile (C.V./pannolone)Continenza feci Completa Parziale Impossibile (C.V./pannolone)Fisioterapia in corso Sì NOGrado di autonomia del malato

- Autosufficiente (esce di casa) Scarsa autonomia
- Autosufficiente ma non esce più di casa Letto-poltrona
- Una certa autonomia Allettato 24 ore su 24

Necessità di presidi Sì NO Letto articolato Comoda Materasso Anti Decubito Altro (specificare)Grado di medicalizzazione presente

- Non particolari medicazioni
- Necessità di interventi giornalieri per medicazioni o altro
- CVC Catetere vescicale Paracentesi
- SNG Lesioni da decubito Toracentesi
- PEG Nutrizione artificiale Ventilazione domiciliare
- Ano praeternaturale Fleboclisi Emotrasfusioni programmate
- Ureterocutaneostomia O₂ al bisogno
- Cannula tracheostomica O₂ in continuo
- Altro (Specificare)
- Altro (Specificare)

**VALUTAZIONE DELLA CONSAPEVOLEZZA DEL FAMIGLIARE O DELLA PERSONA
DI RIFERIMENTO****1. Il malato è stato informato di:**

- diagnosi
- progressione della malattia/termine terapie attive
- prognosi
- nessuna informazione
- altra informazione (specificare quale) _____

2. Il malato ha compreso:

- diagnosi
- progressione della malattia/termine terapie attive
- prognosi
- non si sa
- pensa di avere un'altra malattia (specificare quale) _____

3. Atteggiamento del malato rispetto alle informazioni cliniche e alla condizione dei salute:

- vuole sapere tutto quello che riguarda la sua salute (parla con i medici, fa domande, legge referti, si informa nel web, ecc.)
- non fa domande sulla sua condizione dei salute
- delega ad altri significativi (famigliari o amici) la comunicazione delle informazioni che lo riguardano
- parla della sua condizione di salute in modo coerente con quello che conosce (è stato informato e ne vuole parlare)
- parla della sua condizione di salute in modo coerente con quello che ha compreso (non è stato informato ma esprime considerazioni coerenti con una comprensione della condizione di salute)
- non parla della sua condizione di salute
- ha aspettative realistiche (specificare quali) _____
- ha aspettative irrealistiche (specificare quali) _____

4. consapevolezza dei famigliari rispetto a diagnosi e prognosi:

- nessun famigliare è consapevole di diagnosi e prognosi
- tutti i famigliari sono consapevoli di diagnosi e prognosi
- la maggior parte dei famigliari è consapevole di diagnosi e prognosi ad eccezione di:

_____ che non è consapevole di : diagnosi prognosi
nome e cognome grado di parentela

_____ che non è consapevole di : diagnosi prognosi
nome e cognome grado di parentela

_____ che non è consapevole di : diagnosi prognosi
nome e cognome grado di parentela

**IL PAZIENTE ED IL SUO NUCLEO FAMILIARE**

Stato civile del pz:

Professione attuale:

Eventuale professione precedente:

Scolarità:

Vive solo (attualmente):

 SÌ, sempre SÌ, per qualche ora di giorno NO, mai

Assistenza dei familiari (attualmente):

 NO Solo di notte 24 ore al giorno

Presenza di personale di assistenza appartenente alla famiglia:

 SÌ NO

Questo personale ha conoscenze elementari di tecniche di nursing?

 SÌ NO

Eventuali problematiche logistiche legate al domicilio

 SÌ NO

Specificare

Necessità di assistenza Volontari ONP SÌ NO

Specificare

Necessità di assistenza Psicologica SÌ NOPresenza di Rete Assistenziale Formale SÌ NOPresenza di Rete Assistenziale Informale SÌ NOPratica Invalidità SÌ NO



IL NUCLEO FAMILIARE

		Presente al colloquio	Convive	Non convive ma collabora	Non convive e non collabora	Note
Coniuge/partner:						
età:						
Figli						
Nome	Età					
Parenti						
Nome	Grado					
Altre Persone						
Nome	Ruolo					

Disponibilità Donazione Cornee

 SI NO

Contatto con Medico di Medicina Generale (M.M.G.)

 SI NO Messaggio in segreteria data ora Non risponde SI NO Messaggio in segreteria data ora Non risponde

Note

Consenso al trattamento domiciliare

 SI NO Specificare chi ha espresso il Consenso _____ Si Allega

Sede Legale: viale Forlanini, 95 - 20024 Garbagnate Milanese - Tel.02.994.301 - Cod. Fisc. e Part. IVA: 09323530965

posta elettronica certificata: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it

web:www.asst-rhodense.it

rev. 01/2024

ADEGUATEZZA DEI CRITERI DI AMMISSIONE ALLA RETE DI CURE PALLIATIVE

1. CURE DOMICILIARI

1.1. UCP DOM SI NO

- Presunta Aspettativa di vita superiore ai 90 giorni
- Volontà del Paziente (specificare) _____
- Volontà dei familiari (specificare) _____
- Situazione abitativa giudicata non idonea (specificare) _____
- Altro Specificare (es. mancanza care-giver) _____

1.2. A.D.I. / CREDIT SI NO

1.3. CONSULENZE AL M.M.G. SI NO

2. DEGENZA

2.1. HOSPICE SI NO
 (DOCUMENTO TECNICO Min San 23/4/2008 "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali")

- Presunta Aspettativa di vita superiore ai 180 giorni
- Volontà del Paziente (specificare) _____
- Volontà dei familiari (specificare) _____
- Problematiche sanitarie e/o sociali al domicilio
- Altro (Specificare) _____

2.2. DAY HOSPICE SI NO

INDICATA ASSISTENZA IN:

- UCP DOM
- Degenza in Centro Residenziale di Cure Palliative (cd Hospice)
- Day Hospice
- RSA
- Ricovero Ordinario in Unità di Degenza
- Ambulatorio
- Altro
- _____

Nome e Cognome del Valutatore: _____

Firma _____

Data _____



UOC Hospice e Cure Palliative

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

DICHIARO:

1. Di essere stato informato/a dal personale dell'Unità di Cure Palliative di questa struttura ospedaliera sulla natura e sulle caratteristiche del programma dell'Assistenza Specialistica Territoriale che verrà messo in atto, le cui prestazioni, in particolare, riguardano:
 - Visite mediche
 - Terapie farmacologiche mirate al controllo dei sintomi secondo gli obiettivi specifici delle C.P.
 - Assistenza infermieristica
 - Monitoraggio delle condizioni cliniche con l'ausilio di strumenti non invasivi
 - Altri possibili interventi sanitari (prelievi venosi, infusioni di liquidi, posizionamento catetere vescicale, gestione accessi venosi centrali e periferici, medicazioni etc..) secondo le necessità specifiche che si manifesteranno
2. Di essere stato/a informato/a di poter comunque rifiutare qualsiasi trattamento proposto e di poter interrompere l'assistenza in qualsiasi momento senza obbligo da parte mia di motivare la decisione e senza che questo comporti alcuna perdita della possibilità di continuare ad essere seguito e curato nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale
3. Di essere a conoscenza che, anche nel caso delle Cure Palliative, come accade in tutte le discipline mediche, i trattamenti non sono esenti da possibili complicazioni, anche se attuati con perizia, diligenza e prudenza
4. Di acconsentire al **trattamento dei dati sanitari** da parte dell'ASST Rhodense
 - alla **trasmissione elettronica** degli stessi ad un server centrale;
 - alla **conservazione, aggiornamento ed eliminazione** degli stessi nella banca dati del programma denominato "Nuove Reti Sanitarie" e all'utilizzo degli stessi nell'ambito di ricerche scientifiche, statistiche ed epidemiologiche
 - alla **elaborazione/pubblicazione** dei miei dati, resi anonimi, ai fini di ricerca nell'ambito del progetto "Nuove reti sanitarie", nonché a pubblicazioni, atti, riunioni e convegni scientifici. Tali dati resteranno a disposizione della regione Lombardia per gli usi legati alla sperimentazione stessa.

ACCETTO

l'attivazione del percorso di Assistenza Specialistica Territoriale in Cure Palliative

luogo e data

firma del paziente

L'operatore che ha fornito l'informativa ed acquisito il consenso:

(nome in stampatello)

(firma)

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

(Ai sensi dell'articolo 13 del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali (D.Lgs 30 giugno 2003, n.196
Regolamento Europeo n. 2016/679)

- a) Tutte le informazioni a Lei riconducibili, sia quelle di carattere generico (dati anagrafici, recapiti postali, telefonici etc.), sia quelle riguardanti lo stato di salute, definite dalla normativa come "dati sensibili" (*), da Lei fornite o acquisite attraverso documentazione sanitaria nel corso di accertamenti o visite, saranno trattate nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuta l'ASST. In particolare, i dati "sensibili" possono essere trattati solo con il Suo consenso o con quello dei soggetti autorizzati (**), documentato per iscritto;
- b) tali dati verranno trattati per fini diagnostici-terapeutici, nonché per fini statistici-epidemiologici ed amministrativi ad essi correlati;
- c) il conferimento dei dati da parte Sua, o l'acquisizione degli stessi nel corso delle attività a Suo favore, per finalità di diagnosi e cura, costituiscono il momento indispensabile ed indifferibile delle attività medesime; pertanto, sono caratterizzati da un carattere di obbligatorietà ed il mancato consenso comporta l'impossibilità di fornire la prestazione, salvo ovviamente le situazioni caratterizzate da urgenza, previste dalla normativa, per le quali anche senza consenso, si procede al trattamento dei dati funzionale all'esecuzione delle attività sanitarie indispensabili;
- d) il trattamento dei dati avverrà mediante supporto cartaceo e mediante strumenti elettronici, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali e con l'adozione delle misure minime di sicurezza;

Il titolare del trattamento è l'ASST Rhodense - V.le Forlanini 95 - , Garbagnate Milanese (MI);

e) potrà rivolgersi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico – Ospedale di Garbagnate - V.le Forlanini 95 - Garbagnate Milanese - tel. 02.99430.1814 - per far valere in relazione al trattamento dei dati, i suoi diritti, così come indicato dall'art. 7 del Codice, tra i quali in particolare, si cita a titolo esemplificativo il diritto di:

- ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità e modalità su cui si basa il trattamento (la richiesta è formulata liberamente e senza costrizioni e può essere rinnovata, salva l'esistenza di giustificati motivi, con intervallo non minore di novanta giorni);
- ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

La informiamo inoltre che, qualora Lei sia residente in Lombardia:

h) I dati sanitari sono organizzati in formato elettronico in un Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Il consenso che Lei presta permette all'ASST di mettere a disposizione del Suo FSE i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie ricevute.

i) La comunicazione al Medico di Base (Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta) dell'evento sanitario che La riguarda e l'utilizzo dei dati sanitari tramite il Suo FSE, possono avere luogo solamente qualora Lei abbia espresso il relativo specifico consenso alla AST di appartenenza, così come precisato nel documento "Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS – informativa ex art. 76 D.Lgs 196/2003" che la Regione Lombardia ha fornito ed ampiamente divulgato

(*) Per dati sensibili si intendono "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" (lett. d, comma 1, art. 4 del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali).

(**) Nel caso l'interessato non possa prestare il suo consenso per impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere e volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (lett. b, comma 4, art. 26, e comma 2, art. 82 del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali).

Sede Legale: viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese – Tel.02.994.301 – Cod. Fisc. e Part. IVA: 09323530965

posta elettronica certificata: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it
web:www.asst-rhodense.it