

DATI CLINICI

DIAGNOSI PRINCIPALE

.....

DIAGNOSI SECONDARIA

.....

PROGNOSI PRESUNTA <15gg < 1 mese < 3 mesi ≥ 3 mesi

Scala Karnofsky/ECOG da compilare obbligatoriamente in tutti i casi

100-90%	Paziente fisicamente attivo, in grado di svolgere senza restrizioni la normale attività preterapia	0
80-70%	Paziente limitato nell'attività fisica massima: può essere seguito in ambulatorio e svolgere un lavoro di entità leggera e di tipo sedentario	1
60-50%	Paziente ambulatoriale ed in grado di accudire se stesso ma incapace di svolgere ogni attività lavorativa. Resta alzato per più del 50% delle ore di veglia	2
40-30%	Paziente in grado di accudire se stesso solo parzialmente e costretto a letto per più del 50% delle ore di veglia	3
20-10%	Paziente grave costretto a letto e non in grado di accudire se stesso	4
0	Morto	5

SEGNI E SINTOMI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> emorragia/elevato rischio emorragico | <input type="checkbox"/> occlusione intestinale |
| <input type="checkbox"/> sindrome mediastinica | <input type="checkbox"/> comizialità |
| <input type="checkbox"/> agitazione/irrequietezza | <input type="checkbox"/> dispnea a riposo/per sforzi minimi |
| <input type="checkbox"/> ittero | <input type="checkbox"/> anasarca/ascite refrattaria |
| <input type="checkbox"/> disfagia | <input type="checkbox"/> dolore |
| <input type="checkbox"/> nausea/vomito | |

COMPLESSITÀ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> stomie (tipo.....) | <input type="checkbox"/> LDP |
| <input type="checkbox"/> drenaggi (tipo.....) | <input type="checkbox"/> medicazioni complesse |
| <input type="checkbox"/> ossigeno terapia (indicare l/m)..... | <input type="checkbox"/> emotrasfusione |
| <input type="checkbox"/> NPT | <input type="checkbox"/> paracentesi |
| <input type="checkbox"/> NE → PEG/SNG | <input type="checkbox"/> dialisi..... |
| <input type="checkbox"/> accessi venosi centrali (tipo.....) | |
| <input type="checkbox"/> accessi venosi periferici profondi (tipo.....) | |

SETTING DI CURA PROPOSTO:

- AMBULATORIO DI CURE PALLIATIVE**
- CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**
- HOSPICE**

Allegare alla presente richiesta una relazione clinica del paziente

Data _____

Firma di chi compila _____