



TRIAGE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
S.S.D. Cure Palliative
 Tel 0187535205; Fax 01875351102; e-mail: cure.palliative@asl5.liguria.it

Allegato B

Data.....

Cognome Nome Data e luogo di nascita

Residenza.....tel..... altri recapiti

Situazione abitativa : in famiglia con da solo/a altro

Caregiver: Tel:

Ricoverato: S.C. di Tel.

M.M.G...../tel.....

Bisogni assistenziali:

LDP: Sì No **Incontinenza:** urinaria fecale doppia **CV:** Sì No **Stomie:** Sì No

PEG: Sì No **CVC/PICC/Port-a-cath** Sì No **Alimentazione:** naturale artificiale

O2 terapia Sì No **Terapia con oppiacei** Sì No

CRITERI GENERALI DI ELEGGIBILITA' ALLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

- **presenza di neoplasia o altra malattia in fase evolutiva irreversibile (CRITERIO DIAGNOSTICO)**

Patologia primitiva

Metastasi Sì No sede

- **assenza o esaurimento di trattamenti specifici – chirurgici, chemioterapici e/o radioterapici (CRITERIO TERAPEUTICO)**

Chemioterapia In corso sospesa

Radioterapia In corso sospesa

- **sopravvivenza stimata inferiore a 6 mesi (CRITERIO PROGNOSTICO)** Sì No
- **riduzione dell'autonomia con scala di Karnofsky < 50 (CRITERIO FUNZIONALE)** Sì No
- **presenza di almeno un referente per l'assistenza quotidiana** Sì No

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS	
K 100%	Paziente senza segni o sintomi
K 90%	Paziente con segni minori
K 80%	Paziente che svolge le normali attività con fatica
K 70%	Paziente incapace di lavorare, può badare a se stesso
K 60%	Incapace di lavorare, difficoltà a camminare e guidare, richiede assistenza parziale
K 50%	Frequenti cure mediche e spesso assistenza; alzato >50% del giorno
K 40%	Paziente disabile (a letto >50% del giorno); necessario aiuto qualificato
K 30%	Paziente gravemente disabile; indicata ammissione in ospedale; non a rischio di morte
K 20%	Paziente estremamente malato; indicate misure intensive di supporto alla vita
K 10%	Paziente moribondo, processi fatali rapidamente progressivi

Firma del compilatore