

Scheda di segnalazione al Servizio di Cure Palliative

Al Servizio di Cure Palliative: _____

Il/la sottoscritto/a: _____

sede di servizio: _____ tel.: _____

segnala il **Sig./la Sig.ra** _____
(cognome e nome):

nato/a il: _____ Residente a: _____

Indirizzo: _____ n.: _____

Familiare/Persona
di riferimento: _____ n. tel.: _____
(cognome e nome) (tipo di relazione)

Diagnosi (anno): _____

Valutazione specialistica: _____

Presenza di sintomi: ☐ sì ☐ no

Descrizione: _____

Possibilità di trattamenti che possano modificare la progressione della malattia:

☐ sì ☐ no quali: _____

Punteggio Palliative Performance Scale (vedi retro): _____

Terapia farmacologica: _____

Il/La paziente è informato/a della diagnosi: ☐ sì ☐ no della prognosi: ☐ sì ☐ no

La persona di riferimento è informata della
diagnosi: ☐ sì ☐ no della prognosi: ☐ sì ☐ no

Il/La paziente è informato/a della richiesta di valutazione palliativa: ☐ sì ☐ no

Osservazioni: _____

Data: _____

Firma: _____

**Scala funzionale per la valutazione globale e prognostica del malato
(Palliative Performance Scale semplificata)**

%	Deambulazione	Livello di attività Evidenza di malattia	Cura di sé	Introduzione liquidi e/o solidi	Livello di coscienza
100	normale	normale / nessuna malattia	completamente autonoma	normale	normale
90	normale	normale / qualche grado di malattia	completamente autonoma	normale	normale
80	normale	normale con sforzo / qualche grado di malattia	completamente autonoma	normale o ridotta	normale
70	ridotta	non può svolgere un compito o lavoro / qualche grado di malattia	completamente autonoma	come sopra	normale
60	ridotta	non può svolgere hobbies o lavori di casa / malattia significativa	assistenza occasionale / assistenza richiesta	come sopra	normale o confuso/a
50	prevalentemente seduto/a o disteso/a	non può svolgere alcun lavoro / malattia estesa	assistenza considerevole / assistenza richiesta	come sopra	normale o confuso/a
40	prevalentemente a letto	come sopra	prevalentemente assistito	come sopra	normale o sonnolento/a o confuso/a
30	allettato/a	come sopra	assistenza totale	ridotta	come sopra
20	allettato/a	come sopra	come sopra	minima	come sopra
10	allettato/a	come sopra	come sopra	solo cura della bocca	sonnolento/a o in coma
0	morte	/	/	/	/