



Regione
Lombardia

MODULO DI SEGNALAZIONE PER L'ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE (MS-CP)

PROPONENTE LA SEGNALAZIONE

☐ MAP/PLS ☐ medico osped. ☐ medico CA ☐ medico palliativ. ☐ IFeC
☐ inferm C-Dom ☐ COT ☐ servizi sociali ☐ familiare/paziente ☐ Altro: _____

Cognome: _____ Nome: _____ tel.: _____ mail: _____

Data ____/____/____ Firma: _____

PERSONA MALATA

Cognome: _____ Nome: _____ nato/a a: _____ nato/a il: _____
 Cod. Fisc: _____ esenzione patologia: ☐ Invalidità Civile ☐ Accompagnamento
 Residente a: _____ via/p.zza: _____
 Domiciliato a: _____ via/p.zza: _____ (se diverso da residenza)
 Stato Civile: _____ Scolarità: _____

MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Cognome: _____ Nome: _____ Telefono/mail: _____

PERSONA/E DI RIFERIMENTO

1	Cognome: _____	Nome: _____	in qualità di: _____	tel: _____
2	Cognome: _____	Nome: _____	in qualità di: _____	tel: _____

Tutela giuridica

☐ presente
☐ assente
☐ in corso

☐ amm. di sostegno

☐ tutore

☐ curatore

Cognome e Nome: _____

Tel: _____

DOVE SI TROVA AL MOMENTO LA PERSONA MALATA

☐ a domicilio ☐ con C-Dom attivata ☐ senza C-Dom attivata
☐ in ospedale ospedale: _____ reparto: _____ tel: _____
☐ in RSA/RSD RSA/RSD: _____ reparto: _____ tel: _____
☐ altro (es. altri servizi attivati): _____

CONTESTO SOCIALE/PSICORELAZIONALE

Presenza di persone che accudiscono il paziente	☐ nessuno ☐ familiari ☐ badante ☐ rete amicale
Nucleo familiare complesso	☐ presenza sogg fragile ☐ scarsa collaborazione ☐ difficoltà relazionali tra paziente e familiari
Criticità	☐ STP ☐ barriera linguistica ☐ altro _____
Situazione economica	☐ adeguata ☐ inadeguata ☐ non accertabile
Situazione abitativa	☐ adeguata ☐ inadeguata ☐ senza fissa dimora
Note	_____

CONTESTO SOCIALE/PSICORELAZIONALE

	informati della richiesta di valutazione palliativa	☐ SI	☐ NO		
Familiari	informati della diagnosi	☐ SI	☐ NO	☐ PARZIALMENTE	☐ NON TUTTI
	consapevoli della prognosi	☐ SI	☐ NO	☐ PARZIALMENTE	☐ NON TUTTI

* nota:

	informato della richiesta di valutazione palliativa	☐ SI	☐ NO		☐ NON VALUTABILE
Paziente	informato/a della diagnosi	☐ SI	☐ NO	☐ PARZIALMENTE	☐ NON VALUTABILE
	consapevole della prognosi	☐ SI	☐ NO	☐ PARZIALMENTE	☐ NON VALUTABILE

DIRETTIVE ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

☐ non depositate ☐ non noto se depositate ☐ depositate → eventuale fiduciario: _____

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE (PCC)

☐ presente ☐ non presente ☐ non noto

ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

Patologia prevalente	☐ oncologica	descrizione: _____		
	☐ non oncologica	presenza metastasi: _____		
Comorbidità rilevanti	☐ assenti	☐ insuff renale	☐ BPCO	☐ cirrosi
	☐ cardiopatia	☐ vasculopatie	☐ depressione	☐ mal psichiatrica
	☐ diabete	☐ demenza	☐ altro: _____	
Coscienza	☐ sveglio	☐ vigile non accessibile	☐ soporoso risvegliabile	☐ non risvegliabile
Sintomi rilevanti	☐ assenti	☐ dolore	☐ delirium	☐ dispnea
	☐ nausea/vomito	☐ stipsi	☐ diarrea	☐ tenesmo
	☐ disuria/stranguria	☐ singhiozzo	☐ prurito	☐ astenia
	☐ ansia	☐ depressione	☐ distress psicologico	☐ altro: _____
Condizioni patologiche	☐ disfagia	☐ cachessia	☐ emorragia	☐ rischio emorrag.
	☐ lesioni da press	☐ lesioni vascol	☐ ascite	☐ edemi
	☐ versamenti	☐ febbre	☐ crisi convulsive	☐ altro: _____
Supporti in atto	☐ catet vescicale	☐ SNG	☐ PEG	☐ digiunostomia
	☐ Port-a-Cath	☐ PICC/MIDLINE	☐ NPT	☐ NET
	☐ pompa infusiva	☐ elastomero	☐ ossigeno	☐ medicazioni complex
	☐ nefrostomia	☐ uret.cut.stomia	☐ colostomia	☐ tracheostomia
	☐ drenaggi	☐ ventilaz invasiva	☐ ventilaz non invasiva	☐ altro: _____
Autonomia	☐ allettato 24h	☐ letto-poltrona	☐ autonomo con aiuto	☐ autonomo

TERAPIA IN ATTO