



Dipartimento della programmazione e della organizzazione
delle attività territoriali e dell'Integrazione Socio Sanitaria

U.O.C. Integrazione Socio-Sanitaria
Via Pindemonte, 88 - Palermo
Tel. 091/7033242

DISTRETTO N°	
PTA	

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE A DOMICILIO

ORIENTAMENTO MMG/PLS

A.D.I. RSA HOSPICE
 CURE PALLIATIVE DOMICILIARI DI BASE
 CURE PALLIATIVE DOMICILIARI SPECIALISTICHE
 ALTRO

COGNOME	NOME
NATO A	il CF
RESIDENTE	Via N° TEL.
DOMICILIATO	Via N°
FAMILIARE DI RIFERIMENTO	TEL.
	CELL.

Patologia per cui si richiede l'ammissione: _____

Patologie concomitanti: _____

Problemi attivi: _____

PRESTAZIONI NECESSARIE:

<input type="checkbox"/> Gestione catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Medicazione ferita chirurgica	<input type="checkbox"/> Terapia antalgica
<input type="checkbox"/> Gestione stomie	<input type="checkbox"/> Medicazioni ulcere	<input type="checkbox"/> OLT
<input type="checkbox"/> Terapia infusione	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Gestione catetere centrale
<input type="checkbox"/> Nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Altro _____

Necessita di interventi sociali

SI NO

MMG/PLS	Distretto di appartenenza N°												
Ambulatorio via	TEL.												
	CELL.												
	FAX												
	Email												
Ricevimento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>giorno</th> <th>orario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>lunedì</td> <td></td> </tr> <tr> <td>martedì</td> <td></td> </tr> <tr> <td>mercoledì</td> <td></td> </tr> <tr> <td>giovedì</td> <td></td> </tr> <tr> <td>venerdì</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	giorno	orario	lunedì		martedì		mercoledì		giovedì		venerdì	
giorno	orario												
lunedì													
martedì													
mercoledì													
giovedì													
venerdì													

SI DICHIARA CHE :

l'assistito **non usufruisce** in atto di altro tipo di assistenza domiciliare
 l'assistito **usufruisce** in atto della seguente assistenza domiciliare

timbro, firma e codice regionale



**Dipartimento della programmazione e della organizzazione delle
attività territoriali e dell'Integrazione Socio Sanitaria**

U.O.C. Integrazione Socio-Sanitaria
Via Pindemonte, 88 - Palermo
Tel. 091/7033242

Distretto N°

S. V A. M. A.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane
(Strumento per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati)

CARTELLA

Sig./ra _____

data di nascita

**S.V.A.M.A.
VALUTAZIONE SANITARIA**

NOME:

DATA DI NASCITA: | | | | | | | | | |

SEDE DI VALUTAZIONE:

DATA: | | | | | | | | | |

CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO

TRATTAMENTI IN ATTO:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA		
	no	si
Diabete insulinodipendente	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al di)	0	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale	0	10
Catetere vescicale	0	5
Ano artificiale o ureterostomia	0	5
nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine	0	10
Ulcere distrofiche agli arti	0	5
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	VIP	

SENSORIO E COMUNICAZIONE

LINGUAGGIO (COMPRESIONE)

0 = normale	2 = comprensione non valutabile	
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non comprende	

LINGUAGGIO (PRODUZIONE)

0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate	
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime	

UDITO (eventualmente con protesi)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa	

VISTA (eventualmente con occhiali)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza	

CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC

**INDICARE FINO A 3 PATOLOGIE PRINCIPALI
CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**
(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UOD)

MALATTIE GENERALI

<input type="checkbox"/> A07 Coma	<input type="checkbox"/> A86 Effetti tossici da altre sostanze
<input type="checkbox"/> A00 Sindrome ipocinetica	<input type="checkbox"/> A87 Complicanza chirurgia / trattamento medico
<input type="checkbox"/> A79 Carcinomatosi (sede primitiva sconosciuta)	<input type="checkbox"/> A89 Conseguenze applicazione protesi
<input type="checkbox"/> A80 Incidente / lesione traumatica NSA	<input type="checkbox"/> A90 Anomalie multiple congenite
<input type="checkbox"/> A81 Politraumatismo / lesioni interne	<input type="checkbox"/> A97 Assenza di malattia
<input type="checkbox"/> A82 Effetti tardivi di un trauma	<input type="checkbox"/> A99 Altre malattie generali / non spec
<input type="checkbox"/> A84 Avvelenamento da sostanza medicinale	

SANGUE / LINFATICI / MILZA

<input type="checkbox"/> B71 Linfadenite cronica / non specifica	<input type="checkbox"/> B80 Anemia da carenza di ferro
<input type="checkbox"/> B72 Morbo di Hodgkin	<input type="checkbox"/> B81 Anemia perniciosa / da carenza folati
<input type="checkbox"/> B73 Leucemia	<input type="checkbox"/> B83 Porpora / difetti coagulazione / piastrine
<input type="checkbox"/> B74 Altre neoplasie maligne	<input type="checkbox"/> B87 Splenomegalia
<input type="checkbox"/> B75 Neoplasie benigne / non spec	<input type="checkbox"/> B90 Infezione da HIV (AIDS / ARC)
<input type="checkbox"/> B78 Anemie emolitiche ereditarie	<input type="checkbox"/> B99 Altra malattia sangue / linfatici / milza
<input type="checkbox"/> B79 Altre anomalie congenite	

SISTEMA DIGERENTE

<input type="checkbox"/> D17 Incontinenza intestinale	<input type="checkbox"/> D87 Disturbi funzione gastrica
<input type="checkbox"/> D70 Diarrea infettiva / dissenteria	<input type="checkbox"/> D88 Appendicite
<input type="checkbox"/> D72 Epatite virale	<input type="checkbox"/> D89 Ernia inguinale
<input type="checkbox"/> D74 Neoplasie maligne stomaco	<input type="checkbox"/> D90 Ernia diaframmatica / dello hiatus
<input type="checkbox"/> D75 Neoplasie maligne colon / retto	<input type="checkbox"/> D91 Altre ernie addominali
<input type="checkbox"/> D76 Neoplasie maligne pancreas	<input type="checkbox"/> D92 Malattia diverticolare
<input type="checkbox"/> D77 Altre neoplasie maligne / non spec	<input type="checkbox"/> D93 Sindrome del colon irritabile
<input type="checkbox"/> D81 Anomalie congenite	<input type="checkbox"/> D94 Enterite cronica / colite ulcerosa
<input type="checkbox"/> D82 Malattie di denti / gengive	<input type="checkbox"/> D95 Ragade anale / ascesso perianale
<input type="checkbox"/> D83 Malattie di bocca / lingua / labbra	<input type="checkbox"/> D96 Epatomegalia
<input type="checkbox"/> D84 Malattie dell'esofago	<input type="checkbox"/> D97 Cirrosi / altre malattie epatiche
<input type="checkbox"/> D85 Ulcera duodenale	<input type="checkbox"/> D98 Colecistite / colelitiasi
<input type="checkbox"/> D86 Altre ulcere peptiche	<input type="checkbox"/> D99 Altre malattie sistema digerente

OCCHIO

<input type="checkbox"/> F74 Neoplasie occhio / annessi	<input type="checkbox"/> F91 Errori di rifrazione
<input type="checkbox"/> F81 Altre anomalie oculari congenite	<input type="checkbox"/> F92 Cataratta
<input type="checkbox"/> F82 Distacco di retina	<input type="checkbox"/> F93 Glaucoma
<input type="checkbox"/> F83 Retinopatia	<input type="checkbox"/> F94 Tutti i gradi / tipi di cecità
<input type="checkbox"/> F84 Degenerazione della macula	<input type="checkbox"/> F99 Altre malattie oculari
<input type="checkbox"/> F85 Ulcera corneale (incl. erpetica)	

ORECCHIO

H03 Tintinnio / ronzio / tinnito	H83 Otosclerosi
H74 Otite cronica, altre infezioni orecchio	H84 Presbiacusia
H75 Neoplasie dell'orecchio	H86 Tutti i gradi di sordità NSA
H77 Perforazione membrana del timpano	H99 Altre malattie orecchio / mastoide
H82 Sindrome vertiginosa	

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

K71 Febbre reumatica / cardiopatia	K86 Iperensione non complicata
K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio	K87 Iperensione coinvolgente organi bersaglio
K74 Angina pectoris	K88 Ipotensione posturale
K75 Infarto miocardico acuto	K89 Ischemia cerebrale transitoria
K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche	K90 Colpo / accidente cerebrovascolare
K77 Insufficienza cardiaca	K91 Aterosclerosi escl cuore / cervello
K78 Fibrillazione atriale / flutter	K92 Altre ostruzioni arteriose / mal vascolari periferiche
K79 Tachicardia parossistica	K93 Embolia polmonare
K80 Battiti ectopici tutti i tipi	K94 Flebite / tromboflebite
K82 Cuore polmonare cronico	K95 Vene varicose delle gambe (escl S97)
K83 Malattia valvolare cuore non reumatica NSA	K99 Altre malattie sistema circolatorio
K84 Altre malattie del cuore	

SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO

L70 Infezioni	L83 Sindromi colonna cervicale
L71 Neoplasia	L84 Osteoartrosi colonna
L72 Frattura radio / ulna	L85 Deformità acquisite della colonna
L73 Frattura tibia / fibula	L86 Lesione disc lombare / irradiazione
L74 Frattura ossa mano / piede	L88 Artrite reumatoide / condizioni affini
L75 Frattura femore	L89 Osteoartrosi dell'anca
L76 Altra frattura	L90 Osteoartrosi del ginocchio
L77 Distorsione e stiramento caviglia	L91 Altre osteoartrosi
L78 Distorsione e stiramento ginocchio	L92 Sindromi della spalla
L79 Distorsione e stiramento altre articolazioni	L95 Osteoporosi
L80 Lussazione	L97 Lesione interna cronica del ginocchi
L81 Altre lesioni traumatiche	L98 Deformità acquisite degli arti
L82 Anomalie congenite	L99 Altre malattie sistema muscoloscheletro

SISTEMA NERVOSO

N17 Vertigine / capogiro (escl H82)	N85 Anomalie congenite
N19 Disturbi del linguaggio	N86 Sclerosi multipla
N70 Poliomielite / altri enterovirus	N87 Parkinsonismo
N71 Meningite / encefalite	N88 Epilessia tutti i tipi
N72 Tetano	N89 Emicrania
N73 Altre infezioni sistema nervoso	N90 Cefalea a grappolo
N74 Neoplasie maligne	N91 Paralisi facciale / paralisi di Bell
N75 Neoplasie benigne	N92 Nevralgia del trigemino
N76 Neoplasie non spec	N93 Sindrome del tunnel carpale
N79 Commozione cerebrale	N94 Altra nevrite periferica
N81 Altre lesioni traumatiche	N99 Altre malattie del sistema nervoso

DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI

P13 Encopresi	P74 Disturbo d'ansia / stato ansioso
P15 Abuso cronico di alcool	P75 Disturbo isterico / ipocondriaco
P17 Abuso di tabacco	P76 Disturbo depressivo
P18 Abuso di medicinali	P77 Tentativo di suicidio
P19 Abuso di droghe	P78 Neurastenia / surmenage
P20 Disturbi di memoria / concentrazione	P79 Altro disturbo nevrotico
P70 Demenza senile / Alzheimer	P80 Disturbo di personalità
P71 Altra psicosi organica	P85 Ritardo mentale
P72 Schizofrenia tutti i tipi	P98 Altre / non spec psicosi
P73 Psicosi affettiva	P99 Altri disturbi mentali / psicologici

SISTEMA RESPIRATORIO

R70 Tuberculosis respiratoria (escl A70)	R85 Altre neoplasie maligne
R80 Influenza(provata)senza polmonite	R89 Anomalie congenite sistema respiratorio
R81 Polmonite	R91 Bronchite cronica / bronchiectasie
R82 Tutte le pleuriti (escl R70)	R95 Enfisema / BPCO
R83 Altre infezioni del sistema respiratorio	R96 Asma
R84 Neoplasie maligne bronchi / polmone	R99 Altra malattia sistema respiratorio

CUTE E ANNESSI

S14 Ustioni / scottature	S84 Impetigine
S18 Lacerazione / taglio	S85 Cisti pilonidale / fistola
S19 Altre lesioni traumatiche pelle	S87 Dermatite atopica / eczema
S70 Herpes zoster	S88 Dermatite da contatto / altro eczema
S72 Scabbia ed altre infestazioni da acari	S89 Esantema da pannolino
S73 Pediculosi / altre infestazioni pelle	S91 Psoriasi
S74 Dermatofitosi	S92 Disidrosi / mal ghiandole sudoripare
S75 Moniliasi / candidosi (altre)	S94 Unghia incarnita / altra malattie unghie
S76 Altre malattie infettive pelle	S97 Ulcera cronica pelle (incl varicosa)
S77 Neoplasie maligne della pelle	S98 Orticaria
S80 Altre / non spec neoplasie pelle	S99 Altra malattie pelle / tessuto sottocutaneo

SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE

T06 Anoressia nervosa / bulimia	T86 Ipotiroidismo / mixedema
T08 Calo di peso	T87 Ipoglicemia
T11 Disidratazione	T90 Diabete mellito
T71 Neoplasie maligne della tiroide	T91 Carezza vitaminica / altro disturbo nutrizionale
T73 Altre / non spec neoplasie	T92 Gotta
T82 Obesità (BMI >=30)	T93 Disturbi del metabolismo lipidico
T83 Sovrappeso (BMI <30)	T99 Altra malattia endocrino metabolica nutrizionale
T85 Iperitiroidismo / tireotossicosi	

SISTEMA URINARIO

U04 Incontinenza urinaria	U79 Altre neoplasie non spec tratto urinario
U70 Pielonefrite / pielite acuta	U85 Anomalie congenite tratto urinario
U71 Cistite / altra infezione urinaria NSA	U88 Glomerulonefrite / nefrosi
U75 Neoplasie maligne del rene	U95 Calcolo urinario di ogni tipo / sede
U76 Neoplasie maligne della vescica	U99 Altra malattia sistema urinario

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

X75 Neoplasie maligne della cervice	X84 Vaginite / vulvite NSA
X76 Neoplasie maligne della mammella	X87 Prolasso uterovaginale
X77 Altre neoplasie maligne	X99 Altre malattie sistema genitale femminile
X81 Altre / non spec neoplasie genit femminile	

SISTEMA GENITALE MASCHILE

Y74 Orchite / epididimite	Y78 Altre neoplasie maligne
Y77 Neoplasie maligne prostata	Y99 Altra malattie genit masch incl mamm

COMPILATORE

Nome:

firma:

Allegato 1 Strumenti valutativi (da integrare alla SVAMA)

a) Modulo per la segnalazione del caso di pertinenza del Medico Curante o del Medico Ospedaliero

MODULO A CURA DEL MEDICO CURANTE (*)

Integrante la richiesta di cure palliative e la Valutazione sanitaria della S.V.A.M.A.

Le Cure Palliative sono l'insieme di interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata che al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici (art. 2 L.38/2010)

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Diagnosi: _____

La patologia per la quale si richiede la valutazione è stata diagnosticata il: _____

Bisogni: _____

Luogo (ospedale, reparto) e data dell'ultimo ricovero: _____

Il paziente effettua trattamenti rivolti alla sua malattia ?

SI

NO

Se SI, specificare se chemioterapia, radioterapia, altro, _____

Se SI, in che regime :

ambulatoriale

day hospital

altro

Specificare dove _____

VALUTAZIONE DEL PERFORMANCE-STATUS SECONDO KARNOFSKY (KPS)

ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' QUOTIDIANA	CURA PERSONALE	SINTOMI/ SUPPORTO SANITARIO	PUNTEGGIO
COMPLETA	COMPLETA <input type="checkbox"/>	COMPLETA <input type="checkbox"/>	NESSUNO <input type="checkbox"/>	100
DIFFICOLTA' LIEVE	LIEVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	COMPLETA <input type="checkbox"/>	SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 5% - Calo energie* <input type="checkbox"/>	90
DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE	DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA (camminare-guidare) <input type="checkbox"/>	LIEVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 10% - Calo energie** <input type="checkbox"/>	80
INABILE	DIFFICOLTA' MODERATA (si muove prevalentemente in casa) <input type="checkbox"/>	MODERATA DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	ALCUNI SEGNI E SINTOMI Calo grave di energie - Calo energie** <input type="checkbox"/>	70
	GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE/GUIDARE <input type="checkbox"/>	DIFFICOLTA' MODERATA- GRAVE <input type="checkbox"/>	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI Grave calo ponderale >10% *** - Calo energie** <input type="checkbox"/>	60
	ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA <input type="checkbox"/>	GRAVE DIFFICOLTA' <input type="checkbox"/>	RICHIEDE SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE (può affrontare cure ambulatoriali, se adeguatamente supportato) <input type="checkbox"/>	50
	A LETTO/POLTRONA PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA <input type="checkbox"/>	LIMITATA CURA DI SE' <input type="checkbox"/>	NECESSITA DI SUPPORTO QUALIFICATO (domiciliare o residenziale) <input type="checkbox"/>	40
	INABILE <input type="checkbox"/>	INABILE <input type="checkbox"/>	SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO PER FREQUENZA E TIPO DI INTERVENTO <input type="checkbox"/>	30
ATTRIBUIRE IL LIVELLO COMPLESSIVO IN BASE AL CRITERIO MAGGIORITARIO (PRIORITA') DI "ATTIVITA' QUOTIDIANE" E "CURA PERSONALE":			GRAVE COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI ORGANICHE VITALI Necessita di continua assistenza <input type="checkbox"/>	20
* saltuari : non condizionanti supporti terapeutici continuativi			MORIBONDO. Processi di malattia fatali rapidamente progressivi <input type="checkbox"/>	10
** saltuari o costanti: condizionati spesso da supporto terapeutico			MORTO <input type="checkbox"/>	0
*** costanti : invalidanti condizionanti supporto terapeutico				

Stato di coscienza:	<input type="checkbox"/> Vigile e attento	<input type="checkbox"/> Assopito	<input type="checkbox"/> Soporoso	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Stato vegetativo
----------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

Stato di consapevolezza della malattia da parte del paziente:	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> completa consapevolezza	<input type="checkbox"/> consapevole della diagnosi ma non della prognosi	<input type="checkbox"/> consapevolezza nel complesso dubbia	<input type="checkbox"/> consapevolezza assente
--	---------------------------------	--	---	--	---

Stato di consapevolezza della malattia da parte della famiglia:	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> completa consapevolezza	<input type="checkbox"/> consapevole della diagnosi ma non della prognosi	<input type="checkbox"/> consapevolezza nel complesso dubbia	<input type="checkbox"/> consapevolezza assente
--	---------------------------------	--	---	--	---

DOLORE

NO

SI

NON VALUTABILE

Se la risposta è SI, compilare il campo sottostante

Da quanto tempo il Paziente accusa Dolore? _____

Sede e caratteristiche del dolore _____

Indicare l'intensità del dolore al momento della valutazione: segnare con una X il numero corrispondente all'intensità nella SCALA NRS a 11 punti (0= nessun dolore; 10= massimo dolore)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NO DOLORE	DOLORE LIEVE			DOLORE MODERATO		DOLORE FORTE		DOLORE INSOPPORTABILE		

Indicare la massima intensità del dolore nei tre giorni precedenti la valutazione: segnare con una X il numero corrispondente all'intensità nella SCALA NRS a 11 punti (0= nessun dolore; 10= massimo dolore)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NO DOLORE	DOLORE LIEVE			DOLORE MODERATO		DOLORE FORTE		DOLORE INSOPPORTABILE		

TERAPIA PRATICATA: segnare con una X la classe di farmaci

Farmaci non oppiacei	Oppiacei minori		Oppiacei maggiori	
<input type="checkbox"/> Paracetamolo	<input type="checkbox"/> Codeina	<input type="checkbox"/> Tramadolo	<input type="checkbox"/> Morfina	<input type="checkbox"/> Ossicodone
<input type="checkbox"/> FANS	<input type="checkbox"/> Diidrocodaina	<input type="checkbox"/> Dextropropoxifene	<input type="checkbox"/> Idromorfone	<input type="checkbox"/> Metadone
<input type="checkbox"/> ALTRO :			<input type="checkbox"/> Bupreonorfina	<input type="checkbox"/> Fentanyl

Specificare se la Terapia è praticata: AL BISOGNO AD ORARI PROGRAMMATI

NUTRIZIONE

Come si nutre il Paziente?	ENTERALE	<input type="checkbox"/> Autonomamente	Parenterale	<input type="checkbox"/> Tramite catetere venoso centrale
		<input type="checkbox"/> Con aiuto per bocca		<input type="checkbox"/> Tramite il sistema Port-a-cath
		<input type="checkbox"/> Per SNG		<input type="checkbox"/> PICC
		<input type="checkbox"/> Per PEG		<input type="checkbox"/>

VENTILAZIONE

Ventilazione	<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Meccanica non invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilatore meccanico
Respirazione	<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Dispnea lieve	<input type="checkbox"/> Dispnea grave

ALVO E DIURESIS

Diuresi	<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Oliguria lieve	<input type="checkbox"/> Oliguria grave	<input type="checkbox"/> Anuria			
Incontinenza urinaria	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pannoloni	<input type="checkbox"/> Urostomia	<input type="checkbox"/> Cateterismo ad intermittenza	<input type="checkbox"/> Catetere esterno o condom	<input type="checkbox"/> Catetere a dimora
Incontinenza fecale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pannoloni	<input type="checkbox"/> Enterostomia			

LESIONI CUTANEE

Il paziente presenta piaghe da decubito o altre lesioni cutanee?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Descrivere la sede e la stadiazione SEDE : <small>LEGENDA : I° Stadio: infiammazione e distruzione dell'epidermide; II° Stadio: distruzione del derma, III° Stadio: distruzione del sottocute e del pannicolo adiposo; IV° Stadio: necrosi dei muscoli, del periostio ed eventualmente dell'osso.</small>	I°	II°	III°	IV°

Attesa di vita presunta : < 1 settimana < 2 mesi > 2 mesi ma meno di 6 6 mesi o più

Il Paziente vive da solo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				
			Se è NO con chi vive?	<input type="checkbox"/>	Con il coniuge	
				<input type="checkbox"/>	Con i figli	
				<input type="checkbox"/>	Con la badante	
				<input type="checkbox"/>	Con altri	
Il Paziente è assistito tutto il giorno?	<input type="checkbox"/> SI nelle 24h	<input type="checkbox"/> Solo di giorno	<input type="checkbox"/> Solo di notte	<input type="checkbox"/> In modo discontinuo		
Da chi è assistito?	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figli	<input type="checkbox"/> Badante	<input type="checkbox"/> Servizi Sociali Comunali	<input type="checkbox"/> Altri	

DATA _____

Timbro e firma e del Medico Curante^(*)

^(*)MMG o Medico Ospedaliero
