

# PIANO DI ASSISTENZA PALLIATIVE CARE

**ELENCO DEI PROBLEMI CON PIANIFICAZIONE DELLE MISURE** (IN ACCORDO CON IL MEDICO)

<b>Signor</b> <input type="checkbox"/>	<b>Signora</b> <input type="checkbox"/>	<b>Data di nascita:</b>
<b>Cognome:</b>		
<b>Nome:</b>		
<b>Via:</b>		
<b>NAP:</b>		
<b>Località:</b>		
<b>Nuovo numero AVS:</b>		
<b>Cassa malati:</b>		
<b>CLASSE ASSICURATIVA:</b>		
<b>TEL. PRIV.:</b>		
<b>CELL.</b>		
<b>E-MAIL:</b>		
<b>Disponibilità del paziente:</b>	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Ceduta per la compilazione <input type="checkbox"/>
Note:		

<b>Medico curante dell'ospedale:</b>
<b>Medico di base (MB):</b>
<b>Indirizzo MB:</b>
<b>Cellulare MB:</b>
<b>e-mail MB:</b>
<b>Sostituto MB</b> dietro accordo personale:
<b>Referente</b> notturno in caso di decesso (nome):

<b>Indirizzi importanti con tel. e e-mail</b>
Contatti:

Rappresentante autorizzato:

Spitex:

Assistenza psicologica

Volontario/infermiere notturno:

Altri:

**Istruzioni per l'ospedale:**

In caso di ricovero ospedaliero, dove?:

**Medico ospedaliero responsabile:**

**Obiettivi, desideri, speranze del paziente: (eventualmente con priorità)**

**Diagnosi principali:**

**Allergie/intolleranze:**

**Pianificazione delle misure in caso di:**

**Ansia, depressione, disturbi psichici**

**Insufficienza respiratoria, tosse, rantolo**

**Nutrizione/consulenza nutrizionale/apporto di liquidi (sete, mucose secche)**

**(PEG, sonda gastrica, nutrizione parenterale)**

**Condizioni principali: prurito, lesioni, piaghe da decubito**

**Stanchezza, debolezza**

**Dolore**

**Disturbi del sonno**

**Irrequietezza, stato confusionale, perdita di coscienza**

**Problemi digestivi (stipsi, nausea, vomito, diarrea, ecc.)**

**Altri problemi** (ad es. ascite, crisi epilettica, edema, febbre, ecc.)

**La terapia attuale è stata verificata, i farmaci non assolutamente indispensabili sono stati sospesi.** Sì  No

**Note generali**

**Sono necessari:**

**Antibiotici** No  Sì

**Trasfusione di sangue** No  Sì

**Prelievo di sangue** No  Sì

**Chemioterapia** No  Sì

**Respirazione artificiale** No  Sì

**Infusione (liquidi)** No  Sì

**Rianimazione/terapia intensiva** No  Sì

**Alle condizioni seguenti:**

<b>Compilato da:</b> Parte medico:  ..... Firma  Parte assistente:  ..... Firma	<b>il:</b>	<b>Concordato con il paziente:</b>  Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  ..... <b>Firma paziente/referente</b>	<b>Concordato con il familiare:</b>  Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Modificato da:</b>  ..... Firma	<b>il:</b>	<b>Concordato con il paziente:</b>  Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  ..... <b>Firma paziente/referente</b>	<b>Concordato con il familiare:</b>  Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>