

Centro di cure palliative Modulo di richiesta attivazione del servizio

Data _____

Struttura e/o medico inviante _____

La richiesta è per: assistenza domiciliare ricovero

Dati anagrafici del paziente

Cognome _____ Nome _____ Sesso F M

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ PR _____

Residente in _____ Via/Piazza _____ C.A.P. _____

ASL di appartenenza _____ distretto _____ Municipio _____

In questo momento il paziente è:

a domicilio in ospedale altro specificare _____

Dati Caregiver

Cognome _____ Nome _____ Tel. _____

Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, familiare o altro): _____

Informativa Preliminare sulle Cure Palliative

Gentile dottore, crediamo che l'ammissione in un Centro di Cure Palliative richieda una consapevolezza dei familiari sugli obiettivi e lo "stile" di tali cure. Tale "stile" implica che sia evitata ogni forma di accanimento diagnostico (TAC, ecc.) o terapeutico (interventi chirurgici e/o terapie rianimatorie). Crediamo quindi essenziale per l'ammissione al Centro che sia compilato il seguente questionario, insieme ad un parente autorizzato, come parte integrante della richiesta di assistenza:

- Il malato è consapevole della diagnosi?

Si No Parzialmente

- Il malato è consapevole dell'esito infausto?

Si No Parzialmente

- Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?

Si No Parzialmente

- I familiari sono stati chiaramente informati che il malato per il quale è stata fatta domanda di assistenza sarà curato in un Hospice, cioè un Centro per malati terminali affetti da malattia inguaribile dove non verranno effettuate ulteriori terapie causali per la Sua malattia, ma solo per sintomi che causano sofferenza, come ad esempio nausea, decubiti, dolore?

Si No

Firma leggibile e timbro del medico compilatore

Firma leggibile di un parente autorizzato

Nome e Cognome del paziente: _____

Scheda Medica

Patologia principale: oncologica non oncologica

Se non oncologica specificare la patologia: _____

Se oncologica specificare il tipo di tumore: _____

Stadio: _____

Metastasi:

- ossee specificare la sede _____
- epatiche
- polmonari
- altro specificare _____

Altre patologie rilevanti: _____

Sintomi

(barrare la casella se compaiono i sintomi indicati)

<input type="checkbox"/>	Dispnea	<input type="checkbox"/>	Agitazione
<input type="checkbox"/>	Confusione	<input type="checkbox"/>	Angoscia
<input type="checkbox"/>	Vomito / Nausea	<input type="checkbox"/>	Depressione
<input type="checkbox"/>	Astenia / Fatica	<input type="checkbox"/>	Ansia
<input type="checkbox"/>	Tosse	<input type="checkbox"/>	Sopore
<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Insonnia
<input type="checkbox"/>	Stipsi	<input type="checkbox"/>	Vertigini
<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	Tremori / Mioclonie
<input type="checkbox"/>	Delirium	<input type="checkbox"/>	Anoressia
<input type="checkbox"/>	Xerostomia	<input type="checkbox"/>	Disfagia
<input type="checkbox"/>	Dispepsia	<input type="checkbox"/>	Sudorazione
<input type="checkbox"/>	Prurito	<input type="checkbox"/>	Dolore

Dati di interesse clinico-assistenziale

(barrare la casella se sono presenti le specifiche di seguito)

<input type="checkbox"/>	Catetere venoso centr.	<input type="checkbox"/>	Catetere Vescicale
<input type="checkbox"/>	Catetere venoso perif.	<input type="checkbox"/>	Ureterostomia
<input type="checkbox"/>	Port a Cath	<input type="checkbox"/>	Nefrostomia
<input type="checkbox"/>	Ago sottocutaneo	<input type="checkbox"/>	Ano Artificiale
<input type="checkbox"/>	Catetere epi / spi	<input type="checkbox"/>	Tracheostomia
<input type="checkbox"/>	Elastomero	<input type="checkbox"/>	Drenaggi
<input type="checkbox"/>	Flebo	<input type="checkbox"/>	Incontinenza
<input type="checkbox"/>	Pca	<input type="checkbox"/>	Piaghe da decubito
<input type="checkbox"/>	Sondino nasogastrico	<input type="checkbox"/>	Ascite
<input type="checkbox"/>	Gastrostomia PEG	<input type="checkbox"/>	Versamento pleurico
<input type="checkbox"/>	Nutriz. Parentelare tot.	<input type="checkbox"/>	Ossigenoterapia
<input type="checkbox"/>	Nutriz. Parentelare perif.		

Indicare l'intensità del dolore secondo la scala VAS (inserire un valore da 0 a 10): _____

Indicare l'indice di Karnofsky (inserire un valore da 10 a 100): _____

Il paziente necessita di trattamento oncologico? Sì No

Se sì, di quale tipo? _____

Indicare una sintesi di eventuali consulenze specialistiche, indagini strumentali e/o esami ematochimici significativi (la cui documentazione sarà da presentarsi in sede di colloquio con l'Unità Valutativa dell'Hospice):

Prognosi quoad vitam sfavorevole in tempi:

molto brevi (<7gg.) brevi medi lunghi (> 90gg.)

Nome e Cognome del paziente: _____**Terapia in atto:**

	Farmaco e tipologia di somministrazione	Posologia
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Dati socio-ambientali

(Tutti i dati forniti sono tutelati secondo il D.L.vo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni e/o modificazioni)

Eventuali situazioni di particolare disagio sociale:

- Malattie invalidanti
- Problemi psichiatrici
- Condizione abitativa insufficiente
- Tossicodipendenza/Alcolismo
- Minori a carico
- Indigenza
- Problematiche familiari, sanitarie o sociali, gravi

Ruolo dei familiari:

- Costante e partecipe
- Parzialmente costante
- Assente

Se è stata barrata l'ultima casella specificare quali: _____

Eventuali ed ulteriori osservazioni del medico compilatore:

Nome e Cognome del paziente:

Gentile Signore/Signora, **Fondazione Sanità e Ricerca** (a seguire Fondazione), in qualità di Titolare del trattamento dei dati, La fornisce la presente informativa è elaborata ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale UE sulla protezione dei dati personali 2016/679 (RGPD).

Finalità, base giuridica, categoria dati: i dati personali necessari alla gestione della Sua richiesta sono di natura anagrafica, sanitaria, clinica, socio-sanitaria, socio-economica, familiare, amministrativa, dati di contatto (assistito e caregiver/familiari) informazioni circa il tutore, rappresentante legale, curatore e ogni ulteriore informazione necessaria alla gestione della pratica. I Suoi dati personali saranno trattati per le seguenti finalità in funzione dei servizi richiesti:

- gestione dell'iter di richiesta di presa in carico presso la nostra struttura per assistenza sanitaria in regime di ricovero o in assistenza domiciliare;
- prestazione di servizi socio sanitari per l'assistenza in cure palliative;
- ogni altra finalità amministrativa strettamente connessa e strumentale alla gestione della richiesta;

Destinatari: I dati personali sono trattati dal medico di medicina generale e/o dal medico curante, dalla ASL, dall'autorità di pubblica sicurezza nei casi di esplicita richiesta.

La Fondazione tiene un elenco aggiornato dei soggetti destinatari presso l'ufficio qualità e privacy. Possono accedere ai dati i soggetti interni e/o esterni alla struttura in qualità di persone autorizzate dal Titolare per i compiti loro attribuiti. Può rivolgersi alla scrivente per ottenere informazioni aggiornate sulla comunicazione dei dati.

Modalità di trattamento: i dati sono trattati a garanzia della riservatezza, nei modi previsti dalla legge di riferimento, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. Il trattamento avviene in forma cartacea e informatizzata.

Trasferimento paesi terzi: I dati personali forniti e trattati, non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi, all'interno o all'esterno dell'Unione Europea.

Tempi conservazione dati: I dati sono trattati per il tempo necessario alla valutazione della richiesta di accesso e conservati nel rispetto della normativa di settore, del principio di proporzionalità e nei limiti necessari al raggiungimento delle finalità descritte. Qualora la valutazione abbia esito positivo, i dati saranno utilizzati per la gestione della pratica di ingresso, qualora abbia esito negativo, i dati saranno conservati per il tempo limitato alla gestione amministrativa, archiviazione e successivamente distrutti.

Conseguenze rifiuto al conferimento dei dati: è nostro dovere informarla che il conferimento è indispensabile per la valutazione e gestione della richiesta di presa in carico. Il rifiuto al conferimento dei dati, comporta l'impossibilità per la Fondazione di valutare e gestire la Sua richiesta. Le chiediamo, quindi, specifica consenso al trattamento.

Diritti dell'interessato: In ogni momento potrà esercitare i diritti di cui all'art. 15 e ss. del GDPR 2016/679. Potrà chiedere l'accesso ai dati, la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento; potrà opporsi al trattamento nei limiti normativi. Ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento ed esercitare i Suoi diritti inviando la richiesta all'indirizzo e.mail privacy@fondazione.sr.it. Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo per la protezione dei dati personali.

Titolare del Trattamento: **Fondazione Sanità e Ricerca** con sede in Roma Via A. Poerio n. 100. Per contattare il titolare: Tel. 06588991 - privacy@fondazione.sr.it.

Responsabile della Protezione dei Dati Personali (RPD): Maurizio Belli dell'Associazione Università del Lavoro. È possibile contattare il RPD rivolgendo richiesta al Titolare del trattamento ai recapiti sopra indicati o scrivendo all'indirizzo e-mail: dpo_fsr@unilavoro.org

Roma, _____

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO - Fondazione Sanità e Ricerca

Il paziente o un Suo familiare (delegato/autorizzato) **acconsente** **non acconsente**

al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile, come indicato nell'informativa e alla comunicazione alla ASL Roma 3 per l'attivazione dell'iter assistenziale.

Data, _____ **Firma del paziente o di chi autorizzato a farne le veci** _____

NOME E COGNOME DEL MEDICO COMPILATORE

OSPEDALE E REPARTO DI APPARTENENZA O ALTRO RUOLO

N. TEL.

N. FAX

E-MAIL

FIRMA E TIMBRO