

## SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER PRESA IN CARICO NELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

**Proponente:**

☐ MMG   ☐ PDF   ☐ MCA   ☐ Struttura   ☐ Altro \_\_\_\_\_  
Specificare

**Per il Sig./Sig.ra:**

\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
☐ M   ☐ F \_\_\_\_\_  
sesso data di nascita Codice Fiscale

\_\_\_\_\_ domicilio \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_ Altri recapiti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Eventuale Centro Specialistico di riferimento \_\_\_\_\_

**Situazione familiare:**

vive solo

☐

SI

☐

NO

\_\_\_\_\_ Persona di riferimento

\_\_\_\_\_ Relazione con il paziente

\_\_\_\_\_ Telefono

\_\_\_\_\_ e-mail

Note \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI (EFFETTUATA IN DATA: ...../...../.....):** ☐ ONCOLOGICA   ☐ NON ONCOLOGICA

**Comorbidità:** .....

**Sintomi:**

<input type="checkbox"/> Dolore	controllato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Astenia
	NRS _____ (da 0 a 10)	
<input type="checkbox"/> Dispnea	controllata <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Disfagia   parziale <input type="checkbox"/> assoluta <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Emorragia	controllata <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Febbre
<input type="checkbox"/> Delirium	controllato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Altro _____

**Condizioni patologiche e relativi presidi sanitari di supporto:**

<input type="checkbox"/> Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Ureterocutaneostomia
<input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/> Drenaggi
<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Medicazioni complesse
<input type="checkbox"/> Enterocolostomia	<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale
<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale	<input type="checkbox"/> Altro .....

**Terapie in atto:** \_\_\_\_\_

**Conosce la diagnosi:** ☐ del tutto o quasi ☐ parzialmente ☐ vagamente ☐ per niente

**Conosce la prognosi:** ☐ con ragionevole precisione ☐ vagamente ☐ per niente

**Grado di consapevolezza della/e persona/e di riferimento**

**Conosce la diagnosi:** ☐ del tutto o quasi ☐ parzialmente ☐ vagamente ☐ per niente

**Conosce la prognosi:** ☐ con ragionevole precisione ☐ vagamente ☐ per niente

**SETTING ASSISTENZA RITENUTO OPPORTUNO DAL PROPONENTE**

☐ DOMICILIARE ☐ RESIDENZIALE ☐ SEMI RESIDENZIALE (DH) ☐ AMBULATORIALE MAC

**Karnofsky Performance Status: punteggio**

Attività lavorativa	Attività quotidiane	Cura personale	Sintomi / supporto sanitario	
completa	completa	completa	nessuno	100
lieve difficoltà	lieve difficoltà a camminare	completa	segni/sintomi minori / calo ponderale < 5% / calo energie	90
lieve-grave difficoltà	lieve/moderata difficoltà a camminare/guidare	lieve difficoltà	alcuni sintomi / calo ponderale < 10% / calo moderato di energie	80
inabile	moderata difficoltà / si muove prevalentemente in casa	moderata difficoltà	alcuni segni/sintomi / calo grave di energie	70
	Grave difficoltà a camminare e guidare	moderata-grave difficoltà	segni/sintomi maggiori / grave calo ponderale > 10%	60
	alzato per più del 50% ore giorno	grave difficoltà	supporto sanitario frequente / paziente ambulatoriale	50
	a letto per più del 50% ore giorno	limitata alla cura di sé	assistenza sanitaria straordinaria / frequenza e tipo interventi	40
	inabile	inabile	indicato ricovero ospedaliero o domiciliare / supporto sanitario a > intensità	30
			grave compr. una/più funzioni vitali irreversibile	20
			rapida progressione processi biologici mortali	10
			morto	0

Per la compilazione delle sezioni successive:

- compilare SEMPRE pagina 3 Quadro clinico generale
- compilare SOLO il modulo relativo alla patologia prevalente per la quale si richiede la presa in carico

**VALUTAZIONE BISOGNO CURE PALLIATIVE (BCP)**  
(Sub allegato E DGR N.XI/1046/2018)

<b>QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITÀ, STABILITÀ E INSTABILITÀ</b>		
<b>MALNUTRIZIONE E/O DENUTRIZIONE</b> Marcatori nutrizionali, almeno uno dei seguenti negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SEVERITÀ: albumina serica &lt; 2.5 g/dl non correlato a eventi acuti</li> <li>○ PROGRESSIONE: perdita peso &gt; 10%</li> <li>○ PERCEZIONE CLINICA di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>MARCATORI FUNZIONALI</b> , almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SEVERITÀ: dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel&lt;25, ECOG&gt;2 o Karnofsky&lt;50%)</li> <li>○ PROGRESSIONE: perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento terapeutico</li> <li>○ PERCEZIONE CLINICA di un deterioramento funzionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile)) non legato a condizioni intercorrenti</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>ALTRI MARCATORI DI SEVERITÀ E FRAGILITÀ ESTREMA</b> , almeno due dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ulcere da decubito croniche (III-IV grado)</li> <li>○ Infezioni ricorrenti (&gt;1)</li> <li>○ Stato confusionale acuto (delirium)</li> <li>○ Disfagia persistente</li> <li>○ Cadute (&gt;2)</li> <li>○ Disturbi del sonno</li> <li>○ Dispnea</li> <li>○ Dolore</li> <li>○ Disturbi gastro enterici</li> <li>○ Astenia</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>STRESS EMOTIVO CON SINTOMI PSICOLOGICI</b> (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>ULTERIORI FATTORI DI UTILIZZO DI RISORSE.</b> Una qualsiasi delle seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche nell'ultimo anno</li> <li>○ Necessità di cure complesse/intense continua, sia in istituto di cura che a domicilio</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>CONTESTO SOCIALE DIFFICILE</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>COMORBIDITÀ ≥ PATOLOGIE CONCOMITANTI</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>



**VALUTAZIONE BISOGNO CURE PALLIATIVE (BCP)**  
(Sub allegato E DGR N.XI/1046/2018)

**CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO ONCOLOGICO**

<b>1.DOMANDA SOPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER/FAMIGLIARE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI NEOPLASIA (presenza di <b>UNO o più</b> dei seguenti criteri)</b>			
o diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi: neoplasia polmone, pancreas, esofago) che presenti scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione durante il trattamento o metastasi in organi vitali (SNC, fegato, grave disseminazione polmonare)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
o Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
o Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> < 30 gg	<input type="checkbox"/> < 3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

**CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO CARDIOLOGICO**

<b>1.DOMANDA SOPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER/FAMIGLIARE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI NEOPLASIA (presenza di <b>DUE o più</b> dei seguenti criteri)</b>			
o Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia grave o malattia coronarica non operabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
o In caso si disponga di Ecocardiografia: frazione eiezione < 30% o ipertensione polmonare severa (Press. Polmonare>60 mmHg)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
o Insufficienza renale (FG< 30%)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
o Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco/cardiopatia ischemica (>3/ultimo anno)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> < 30 gg	<input type="checkbox"/> < 3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

**CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO CON MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA OSTRUTTIVA**

<b>1.DOMANDA SOPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER/FAMIGLIARE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di <b>DUE o più</b> dei seguenti criteri)</b>			
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
o Nel caso si disponga di test respiratori, criteri di ostruzione severa FEV1<30% o criteri di deficit restrittivo severo CV forzata<40%, DLCO<40%	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
o Insufficienza cardiaca sintomatica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
o Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> < 30 gg	<input type="checkbox"/> < 3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

**VALUTAZIONE BISOGNO CURE PALLIATIVE (BCP)**  
(Sub allegato E DGR N.XI/1046/2018)

<b>CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO COLPITO DA STROKE</b>			
<b>1.DOMANDA SOPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER/FAMIGLIARE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI STROKE</b> (presenza di <b>UNO o più</b> dei seguenti criteri)			
○ Durante la fase acuta e subacuta (<3 mesi post stroke): stato vegetativo persistente e di minima coscienza>3 gg	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
○ Durante la fase acuta e subacuta (>3 mesi post-stroke): complicanze mediche ripetute (polmonite ab ingestis nonostante misure anti disfagia), pielonefriti (>1), febbre ricorrente nonostante terapia antibiotica (febbre persistente dopo 7 gg di terapia)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
○ Antibiotico terapia per più di 7 giorni, lesioni da decubito persistenti in stadio III-IV o demenza severa post-stroke	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> < 30 gg	<input type="checkbox"/> < 3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

<b>CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO NEUROLOGICO CRONICO</b>			
<b>1.DOMANDA SOPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER/FAMIGLIARE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO (SNG/PEG/PE)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE NON INVASIVA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE INVASIVA/TRACHEO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIE NEURLOGICHE CRONICHE: SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON</b> (presenza di <b>DUE o più</b> dei seguenti criteri)			
○ Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
○ Sintomi complessi di difficile controllo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
○ Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
○ Disfagia progressiva	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
○ Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> < 30 gg	<input type="checkbox"/> < 3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

<b>CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO EPATOPATICO CRONICO GRAVE</b>			
<b>1.DOMANDA SOPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER/FAMIGLIARE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE</b> (presenza di <b>UNO o più</b> dei seguenti criteri)			
○ Cirrosi avanzata Child C (determinato in assenza di complicanze o dopo trattamento ottimale), MELD-Na score >30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite refrattaria, sindrome epato-renale o emorragia digestiva da alta ipertensione portale con fallimento del trattamento farmacologico ed endoscopico e assenza di indicazioni per trapianto o TIPS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
○ Carcinoma epatocellulare presente in stadio C o D (Barcellona Clinic Liver Cancer)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> < 30 gg	<input type="checkbox"/> < 3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

**VALUTAZIONE BISOGNO CURE PALLIATIVE (BCP)**  
(Sub allegato E DGR N.XI/1046/2018)

<b>CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO CON DEMENZA</b>			
<b>1.DOMANDA SOPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER/FAMIGLIARE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DEMENZA (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)</b>			
○ Criteri di gravità: incapacità vestirsi, lavarsi o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c); incontinenza doppia (GDS/FAST 6e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata, 6 o meno parole intellegibili (GDS/FAST 7) (Global Deterioration Scale/Function Assesment Staging Test)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
○ Criteri di progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL negli ultimi 6 mesi nonostante un intervento terapeutico adeguato (non imputabile ad una situazione acuta per processo intercorrente) o presenza di difficoltà alla deglutizione, o rifiuto del cibo, in pazienti che non riceveranno nutrizione parenterale o enterale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
○ Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (>3 in 12 mesi), per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
○ Setticemia, etc (che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> < 30 gg	<input type="checkbox"/> < 3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

<b>CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO NEFROPATICO GRAVE</b>			
<b>1.DOMANDA SOPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER/FAMIGLIARE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DAL PAZIENTE E DAL CAREGIVER/FAMIGLIARI: PROSECUZIONE DIALISI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI STROKE (presenza di UN SOLO criterio)</b>			
○ Insufficienza renale grave (FG<15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> < 30 gg	<input type="checkbox"/> < 3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

Spazio NOTE:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Luogo, data	Cognome, Nome e Firma	Timbro (o recapiti)
-------------	-----------------------	---------------------