

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE
PER LA PRESA IN CARICO IN CURE PALLIATIVE**

PROPONENTE

MMG PLS MCA Ospedale/Struttura residenziale (specificare).....
 Altro (specificare)..... Struttura resid extraosped Utente/familiare.....
 Data richiesta:..... Data ricezione richiesta:..... Data colloquio

DATI ASSISTITO

Cognome Nome Uomo Donna
 Nascita data/...../..... Luogo Cittadinanza.....
 Codice Fiscale _____ Cod. Invalidità.....
 Indirizzo (domicilio) N°COMUNE
 Tel. fisso tel. Cellulare
 Altri Recapiti: nome/parentela Cell
 MMG/PLS NomeTel./recapito

Situazione familiare: vive solo/sola Si No
 Persona di riferimento Relazione con il paziente
 Telefono Email.....
 Note.....
 Comorbilità:.....

DIAGNOSI (effettuata in data:/...../.....): oncologica non oncologica

Specificare:.....

Comorbilità:.....

SINTOMI

<input type="checkbox"/> Dolore controllato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no -NRS (da 0 a 10)	<input type="checkbox"/> Astenia
<input type="checkbox"/> Dispnea controllata <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> assoluta
<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"/> Ulcere da pressione
<input type="checkbox"/> Nausea/vomito controllato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Stato di coscienza <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> ansia/agitazione <input type="checkbox"/> depressione <input type="checkbox"/> confusione episodica <input type="checkbox"/> confusione costante <input type="checkbox"/> torpore <input type="checkbox"/> coma	Deambulazione: <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> impossibile (allettato)

CONDIZIONI PATOLOGICHE E RELATIVI PRESIDI SANITARI DI SUPPORTO

<input type="checkbox"/> Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale
<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"/> Allettamento
<input type="checkbox"/> Ureterocutaneostomia	<input type="checkbox"/> Altro.....
<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale	<input type="checkbox"/> Altro.....

TERAPIE IN ATTO:

.....

.....

.....

.....

GRADO DI CONSAPEVOLEZZA DEL PAZIENTE

Conosce la diagnosi:	<input type="checkbox"/> del tutto o quasi	<input type="checkbox"/> parzialmente	<input type="checkbox"/> vagamente	<input type="checkbox"/> per niente	<input type="checkbox"/> non valutabile
Conosce la prognosi:	<input type="checkbox"/> con ragionevole precisione	<input type="checkbox"/> vagamente	<input type="checkbox"/> per niente	<input type="checkbox"/> non valutabile	
Note:.....					

GRADO DI CONSAPEVOLEZZA DELLA/E PERSONA/E DI RIFERIMENTO

Conosce la diagnosi:	<input type="checkbox"/> del tutto o quasi	<input type="checkbox"/> parzialmente	<input type="checkbox"/> vagamente	<input type="checkbox"/> per niente	<input type="checkbox"/> non valutabile
Conosce la prognosi:	<input type="checkbox"/> con ragionevole precisione	<input type="checkbox"/> vagamente	<input type="checkbox"/> per niente	<input type="checkbox"/> non valutabile	
Note:.....					

SETTING ASSISTENZA ritenuto opportuno dal proponente

- Domiciliare Residenziale Semi residenziale (DH) Ambulatoriale MAC Sollievo
- Segnalazione preventiva

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS: PUNTEGGIO

ATTIVITÀ LAVORATIVA	ATTIVITÀ QUOTIDIANE	CURA PERSONALE	SINTOMI/ SUPPORTO SANITARIO	PUNTEGGIO
Completa	Completa	Completa	Completa	100
Difficoltà lieve	Difficoltà lieve a camminare	Completa	Segni e sintomi minori; Calo ponderale < 5%; Riduzione di energie	90
Difficoltà lieve - grave	Difficoltà lieve – moderata (camminare - guidare)	Difficoltà lieve	Alcuni sintomi; Calo ponderale < 10%; Riduzione moderata di energia	80
Inabile	Difficoltà moderata (si muove prevalentemente in casa)	Difficoltà moderata	Alcuni segni e sintomi (calo grave di energie)	70
	Grave difficoltà a camminare e guidare	Difficoltà moderata - grave	Segni e sintomi maggiori. Grave calo ponderale >10%	60
	Alzato per oltre 50% della giornata	Difficoltà grave	Supporto sanitario frequente Paziente ambulatoriale	50
	A letto per oltre 50% della giornata	Limitata cura di sé	Assistenza sanitaria straordinaria (per frequenza e tipo di intervento)	40
	Inabile	Inabile	Indicato ricovero ospedaliero/domicilio. Supporto sanitario intensivo	30
			Grave compromissione di 1 o più funzioni vitali irreversibile	20
			Rapida progressione processi biologici mortali	10
			Deceduto	0

~~WWW~~ VALUTAZIONE BISOGNO CURE PALLIATIVE
(Sub)al^*æ AÖÖÜÄËÖË Î ÆË DÄ

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

Indicazioni: compilare SEMPRE il primo riquadro (Quadro clinico generale) e dei successivi SOLO il riquadro della patologia prevalente per la quale si chiede la presa in carico

CRITERI ELEGGIBILITÀ DGR IX/4610 DEL 28.12.12 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> malattia di base a prognosi infausta in fase di evoluzione inarrestabile <input type="checkbox"/> condivisione dell'avvio del percorso di cura da parte del nucleo familiare <input type="checkbox"/> valutazione delle volontà del malato; <input type="checkbox"/> valutazione dell'orientamento prevalente del nucleo familiare; <input type="checkbox"/> presenza o meno di un Care giver attivo al domicilio nelle 24 ore.
CRITERI ESCLUSIONE <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> espressione di una chiara volontà ostativa da parte del malato e/o del nucleo famiglia; <input type="checkbox"/> giudizio del Case Manager/Care Manager/Referente clinico sulla impossibilità di garantire al domicilio un adeguato livello assistenziale; <input type="checkbox"/> presenza di evidenti impedimenti logistico-strutturali-igienici alla erogazione delle cure al domicilio.

~~ALLEGATO~~ VALUTAZIONE BISOGNO CURE PALLIATIVE
(Sub-allegato E DGR N.XI/1046/2018)

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO ONCOLOGICO						
1.DOMANDA SORPRENDENTE						
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE						
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI NEOPLASIA (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)						
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		
Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
4. PROGNOSI STIMATA	<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						
1.DOMANDA SORPRENDENTE						
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE						
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIE CARDIACHE (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)						
○ Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia grave o malattia coronarica non operabile	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
○ Dispnea a riposo o per sforzi minimi	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
○ Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
○ 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		
○ Insufficienza renale (FG< 30%)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
○ Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco/cardiopatia ischemica (>3/ultimo anno)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/>	< 30 gg	<input type="checkbox"/>	< 3 mesi	<input type="checkbox"/>	>3 mesi

~~AAAA~~ VALUTAZIONE BISOGNO CURE PALLIATIVE
(Sub-allegato E DGR N.XI/1046/2018)

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO COLPITO DA STROKE			
1.DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI STROKE (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
o 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	
o 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	
o 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	
4. PROGNOSI STIMATA	<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			
1.DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)			
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	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> < 30 gg	<input type="checkbox"/> < 3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

~~ALLEGATO~~ VALUTAZIONE BISOGNO CURE PALLIATIVE
(Sub-allegato E DGR N.XI/1046/2018D)

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO CON DEMENZA			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DEMENZA (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 intelleggibili (GDS/FAST 7) (Global Deterioration Scale/Function Assesment Staging Test) 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (>3 in 12 mesi), per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Setticemia, etc (che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo) 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<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 NEUROLOGICO CRONICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	<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	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE: SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Sintomi complessi di difficile controllo 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Disfagia progressiva 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> < 30 gg	<input type="checkbox"/> < 3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

~~AAA~~ VALUTAZIONE BISOGNO CURE PALLIATIVE
(Sub-allegato E DGR N.XI/1046/2018)

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO NEFROPATICO GRAVE			
1.DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Volontà espressa dal paziente e dal care giver/familiari: prosecuzione dialisi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIA RENALE CRONICA (presenza di UN SOLO criterio)			
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	
4. PROGNOSI STIMATA	<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 EPATOPATICO CRONICO GRAVE			
1.DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Carcinoma epatocellulare presente in stadio C o D (<i>Barcellona Clinic Liver Cancer</i>) 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> < 30 gg	<input type="checkbox"/> < 3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

Luogo, Data

Firma