

**Segnalazione per richiesta di presa in carico in Cure Palliative**

Verifica di congruità

<input type="checkbox"/> <b>Hospice</b> (Ricovero Residenziale) <input type="checkbox"/> <b>UCP-Dom</b> (Assistenza Domiciliare)	<b>Motivo prevalente del ricovero</b>	
	CLINICO: <input type="checkbox"/> terapeutico per sintomi non controllati <input type="checkbox"/> definitivo NON CLINICO: <input type="checkbox"/> situazione sociale complessa <input type="checkbox"/> sollievo familiare	

Dati anagrafici del paziente																					
Cognome _____	Nome _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																			
Nato a _____	il ____/____/____	Esenzione _____																			
Residenza _____ Prov. ____	Via _____ N° ____	Tel. ____ / _____																			
<b>Domicilio <u>se diverso</u> dalla residenza:</b> Città _____ Prov. ____ Via _____ N° ____																					
Codice Fiscale:																					
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																					
Stato civile _____	Professione _____	Scolarità _____																			
Medico di famiglia: _____	Tel. ____ / _____	Cell. _____																			
<b>Persona di riferimento:</b>																					
Grado di parentela _____	Cognome _____	Nome _____																			
E' stato nominato: <input type="checkbox"/> Tutore	Tel. ____ / _____	Cell. _____																			
	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore																			

**Segnalato da:**  Medico di famiglia     Ambulatorio UCP     Familiari     Servizi sociali  
 Ospedale \_\_\_\_\_     RSA \_\_\_\_\_  
 Reparto \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_     altro \_\_\_\_\_

**Attualmente il paziente si trova:**  Domicilio     Ospedale \_\_\_\_\_  
 Reparto \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 altro \_\_\_\_\_

**Presenza di persone che accudiscono il paziente:**

nessuna     familiari     badante     familiari+badante     rete amicale/vicini di casa

**Invalidità:**     sì ( \_\_\_\_ %)     no     in accertamento

**Accompagnamento:**     sì     no     in accertamento

**Situazione abitativa:**     adeguata     inadeguata     presenza barriere architettoniche \_\_\_\_\_

**Situazione economica:**     adeguata     inadeguata

**Grado di consapevolezza del paziente:**

- nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi  
 rimuove la diagnosi e la prognosi  
 conosce la diagnosi ma ignora la prognosi  
 consapevole della terminalità ma non dell'imminenza di morte  
 completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

**Grado di consapevolezza della famiglia:**

- consapevole della diagnosi ma non della prognosi  
 consapevole della diagnosi e della prognosi

**In base al tipo di richiesta che sta facendo, chi ha scelto l'Hospice/UCP- Dom (assistenza domiciliare)?**

Paziente     Familiari     entrambi

**Impossibilitato all'accesso sistematico ai servizi:**

sì     no

**Ci sono Direttive Anticipate di Trattamento (DAT)?**

sì     no

**E' stato nominato un fiduciario?**

sì \_\_\_\_\_     no

[Digitare il testo]

## Dati clinici

### Diagnosi:

- Malattia non neoplastica** \_\_\_\_\_
- Neoplasia:**
- |                                      |                                   |                                      |                                       |                                      |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vie biliari | <input type="checkbox"/> esofago  | <input type="checkbox"/> pancreas    | <input type="checkbox"/> testa/ collo | <input type="checkbox"/> colon/retto |
| <input type="checkbox"/> polmone     | <input type="checkbox"/> utero    | <input type="checkbox"/> emopoietico | <input type="checkbox"/> mammella     | <input type="checkbox"/> prostata    |
| <input type="checkbox"/> vescica     | <input type="checkbox"/> encefalo | <input type="checkbox"/> fegato      | <input type="checkbox"/> _____        |                                      |
- Metastasi:**
- |                                   |                                      |                                |                                      |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assenti  | <input type="checkbox"/> linfonodali | <input type="checkbox"/> ossee | <input type="checkbox"/> encefaliche | <input type="checkbox"/> peritoneali |
| <input type="checkbox"/> epatiche | <input type="checkbox"/> polmonari   | <input type="checkbox"/> _____ |                                      |                                      |
- Comorbidità:**
- |                                       |  |  |  |                                |
|---------------------------------------|--|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assenti      | <input type="checkbox"/> I.R. acuta      | <input type="checkbox"/> I.R. cronica  | <input type="checkbox"/> malattia psichiatrica |                                |
| <input type="checkbox"/> arteriopatia | <input type="checkbox"/> BPCO            | <input type="checkbox"/> cirrosi       | <input type="checkbox"/> depressione           |                                |
| <input type="checkbox"/> diabete      | <input type="checkbox"/> Ictus pregresso | <input type="checkbox"/> IMA pregresso | <input type="checkbox"/> ipertensione          | <input type="checkbox"/> _____ |

**Accertamenti recenti:** \_\_\_\_\_

### Presidi:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> catetere vescicale         | <input type="checkbox"/> Pace Maker/ ICD        |
| <input type="checkbox"/> ureterostomia/ nefrostomia | <input type="checkbox"/> Port-A-Cath/ CVC/ PICC |
| <input type="checkbox"/> SNG/PEG                    | <input type="checkbox"/> Tracheotomia           |
| <input type="checkbox"/> NPT                        | <input type="checkbox"/> O2 Terapia             |
| <input type="checkbox"/> colonstomia                | <input type="checkbox"/> medicazioni complesse  |
|   | <input type="checkbox"/> _____                  |

### Sintomi e segni:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> agitazione          | <input type="checkbox"/> disuria                      | <input type="checkbox"/> sindrome mediastinica |
| <input type="checkbox"/> anoressia           | <input type="checkbox"/> edemi                        | <input type="checkbox"/> singhiozzo            |
| <input type="checkbox"/> ansia               | <input type="checkbox"/> febbre                       | <input type="checkbox"/> sopore                |
| <input type="checkbox"/> astenia             | <input type="checkbox"/> grave insufficienza d'organo | <input type="checkbox"/> sonnolenza            |
| <input type="checkbox"/> cefalea             | <input type="checkbox"/> infezioni cutanee            | <input type="checkbox"/> stipsi                |
| <input type="checkbox"/> coma                | <input type="checkbox"/> insonnia                     | <input type="checkbox"/> tenesmo               |
| <input type="checkbox"/> confusione          | <input type="checkbox"/> ipertensione endocranica     | <input type="checkbox"/> tremore               |
| <input type="checkbox"/> delirio             | <input type="checkbox"/> lesioni da decubito          | <input type="checkbox"/> tosse                 |
| <input type="checkbox"/> depressione         | <input type="checkbox"/> melena                       | <input type="checkbox"/> versamento ascitico   |
| <input type="checkbox"/> diarrea             | <input type="checkbox"/> nausea                       | <input type="checkbox"/> versamento pleurico   |
| <input type="checkbox"/> disfagia            | <input type="checkbox"/> prurito                      | <input type="checkbox"/> vertigine             |
| <input type="checkbox"/> disorientamento S/T | <input type="checkbox"/> rantolo                      | <input type="checkbox"/> vomito                |
| <input type="checkbox"/> disidratazione      | <input type="checkbox"/> rischio di crisi convulsive  | <input type="checkbox"/> _____                 |
| <input type="checkbox"/> dispnea             | <input type="checkbox"/> rischio di emorragia         | <input type="checkbox"/> _____                 |

**Terapia in atto:** \_\_\_\_\_

### Dolore (scala numerica da 0 a 10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

localizzazione: \_\_\_\_\_

irradiazione: \_\_\_\_\_

**Terapia antalgica:** \_\_\_\_\_

**Stima clinica di sopravvivenza in giorni:**

<input type="checkbox"/> da 0 a 10	<input type="checkbox"/> fino a 30	<input type="checkbox"/> fino a 60	<input type="checkbox"/> fino a 90	<input type="checkbox"/> oltre 90
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

**Commenti:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cognome e Nome del Proponente: _____	
<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Famiglia <input type="checkbox"/> Altro
Firma: _____	
Recapito telefonico: _____ / _____	
Data di compilazione: ___ / ___ / ___	

**Il presente modulo deve essere compilato accuratamente in ogni sua parte e consegnato direttamente all'erogatore, inviato via fax al 031/3332160 o inviato al seguente indirizzo mail:**

**[hospice@giuseppinaprina.it](mailto:hospice@giuseppinaprina.it)**

Data e ora di ricevimento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**Fondazione Giuseppina Prina Onlus**

Piazza Prina, 1 - 22036 Erba (CO)

P.I. 01224400133

fondazione@giuseppinaprina.it

201-INFORMATIVA LISTA D'ATTESA

Ver. 3.1 del 08-08-2018

Pag. 1 di 2

**INFORMATIVA PRIVACY PER L'INSERIMENTO DELL'UTENTE IN LISTA D'ATTESA**

Gentile Interessato (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO) \_\_\_\_\_,

eventualmente rappresentato legalmente, o a vario titolo, da (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)

desideriamo informarLa che il Regolamento Europeo 2016/679 (*regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "GDPR"*) prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. **Fondazione Giuseppina Prina Onlus**, in qualità di **"Titolare"** del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

**A. CATEGORIE DI DATI:** **Fondazione Giuseppina Prina Onlus** tratterà i suoi dati personali quali dati identificativi, dati anagrafici, dati di contatto ed inerenti la sua salute (ad es. relazione sanitaria del medico curante, domanda unica di inserimento in RSA, esiti di visite mediche, cartella clinica, ecc.).

**B. FONTE DEI DATI PERSONALI:** I dati personali di cui **Fondazione Giuseppina Prina Onlus** è in possesso sono raccolti direttamente presso l'interessato o possono provenire da Enti pubblici.

**C. TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Il titolare del trattamento è **Fondazione Giuseppina Prina Onlus**, con sede in **Piazza Prina, 1 - 22036 Erba (CO), P.I. 01224400133**, contattabile telefonicamente allo **031.3332111** o alla mail **fondazione@giuseppinaprina.it**

**D. FINALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA:** i dati personali sono trattati dal Titolare secondo le seguenti finalità **basate sul consenso dell'interessato** relative a:

**1. AMMINISTRAZIONE:** espletamento dei compiti gestionali ed organizzativi necessari all'inserimento del suo nominativo nelle liste d'attesa della struttura;

**2. DIAGNOSI:** svolgimento di una prima attività diagnostica dello stato generale della sua salute per valutare la possibilità di suo inserimento nei reparti della struttura.

**E. DATI DI CONTATTO DEL D.P.O.:** Il titolare ha provveduto alla nomina del D.P.O., contattabile via mail all'indirizzo: **fondazioneprina@segnalazionidpo.it**

**F. DESTINATARI DEI DATI:** Nei limiti pertinenti alle finalità, i suoi dati potranno essere comunicati ai Responsabili ed agli Incaricati all'interno dell'Istituto ed a soggetti esterni all'Istituto, quali collaboratori, consulenti, tirocinanti, medici specialistici, liberi professionisti, istituzioni o organismi pubblici, ATS, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, enti previdenziali. I suoi dati non saranno oggetto di alcuna diffusione. I Responsabili e gli Incaricati del trattamento in carica sono puntualmente individuati nel Documento sulla Privacy, aggiornato con cadenza periodica.

**G. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI:** I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.

**H. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO:** I dati raccolti non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi

**I. DIRITTI DELL'INTERESSATO:** L'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.

**J. OBBLIGATORietà O MENO DEL CONSENSO:** Il conferimento dei dati per le finalità sopra elencate è obbligatorio per valutare il suo inserimento in struttura. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta il mancato inserimento nelle liste d'attesa.

**K. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI:** I dati da Voi forniti, verranno trattati nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza a cui è ispirata l'attività del Titolare. Suoi dati saranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dal GDPR.

**Fondazione Giuseppina Prina Onlus**

Piazza Prina, 1 - 22036 Erba (CO)

P.I. 01224400133

fondazione@giuseppinaprina.it

201-INFORMATIVA LISTA D'ATTESA

Ver. 3.1 del 08-08-2018

Pag. 2 di 2

**INFORMATIVA PRIVACY PER L'INSERIMENTO DELL'UTENTE IN LISTA D'ATTESA****CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Ai sensi del GDPR, dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata e, per le finalità sopra riportate (trattamento dei dati personali e inerenti informazioni sulla salute per inserimento in lista d'attesa), acconsento al trattamento dei miei dati personali.

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Firma leggibile dell'interessato** \_\_\_\_\_

**Nota bene:** se il consenso non può essere prestato dall'interessato per impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere o di volere, questo è manifestato da chi esercita legalmente, o a vario titolo, la potestà quale (specificare):

amministratore di sostegno  tutore  curatore  referente  altro \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Firma leggibile della persona referente** \_\_\_\_\_