

UNITÀ CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

Rete locale di cure palliative di Milano Est.
(Delibera Regione Lombardia n. 1106 del 24-08-2017)

Valutazione Multidimensionale

Sig.: _____

Data di arrivo della richiesta: _____ Protocollo: _____

Data della valutazione multidimensionale _____

OPERATORI CHE COMPONGONO L'EQUIPE VALUTATIVA			
COGNOME E NOME	QUALIFICA	FIRMA	SIGLA
	MEDICO		
	ASSISTENTE SOCIALE		
	INFERMIERE		

***** ATTENZIONE: CONTIENE DOCUMENTI RISERVATI DA CONSERVARE *****



VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

Cognome:		Nome:		Sesso: ☐
F ☐ M				
Luogo di nascita:		Data di nascita:		
Residente a:				
Cap:	Telefono:	mail:		
Codice fiscale:		Tessera sanitaria:		
Domiciliato a (se diverso da residenza):				via:
Cap:	Telefono:			
MMG:		Telefono		
Diagnosi principale:				
Segni e sintomi clinici:				
Lesioni della cute da patologie correlate: [] Sì [] No				

COGNIZIONE E COMPORTAMENTO

Stato di coscienza ☐ vigile ☐ confuso ☐ soporoso ☐ comatoso	Stato emotivo ☐ adeguato ☐ ansia ☐ depressione ☐ aggressività ☐ distacco/disinteresse	Comportamento ☐ adeguato ☐ labilità emotiva ☐ rallentato ☐ apatia ☐ agit. psicomotoria
Linguaggio ☐ normale ☐ afasico ☐ disartrico ☐ perseverazioni ☐ logorrea	Concentrazione ☐ adeguata ☐ facilm. distraibile ☐ inadeguata	Disturbi del pensiero ☐ assenti ☐ idee deliranti ☐ allucinazioni ☐ confabulazioni
Orientamento Tempo ☐ SI ☐ NO	Spazio ☐ SI ☐ NO	Persona ☐ SI ☐ NO



ANAMNESI e SINTESI CLINICO FUNZIONALE: _____

**ANAMNESI CONDIZIONI SOCIO-AMBIENTALI E RISORSE ATTIVABILI (familiari e non) –
SITUAZIONE ABITATIVA:** _____

Esito valutazione multidisciplinare ad verifica dell' idoneità al servizio di UCP-Dom:

☐ **idoneo**

☐ **Non idoneo**

Soggetto non idoneo per le seguenti motivazione:

Firma componenti equipe multidisciplinare:

Nome e Cognome del medico _____

Nome e Cognome Assistente Sociale _____

Nome e Cognome Infermiere _____

CARE-MANAGER:

REFERENTE CLINICO:



SCALA DI VALUTAZIONE PAINAD		DATA
Respirazione	Normale. Respiro affannoso. Respiro rumoroso ed affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea	0 1 2
Vocalizzazione	Nessun problema. Pianti occasionali o brontolii. Ripetuti urli o lamenti.	0 1 2
Espressione del volto	Sorridente o inespressivo. Triste e/o ciglia aggrottate. Smorfie	0 1 2
Linguaggio del corpo	Rilassato. Teso. Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire.	0 1 2
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato. Confuso e che cerca rassicurazione. Incapacità di distrazione e/o consolazione.	0 1 2
	TOTALE TEST (MAX 10)	
SIGLA COMPILATORE		



SCALA VISUALE NUMERICA VNS

(0: Nessun dolore – 10: massimo dolore immaginabile)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------	-------

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

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

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:



1- SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE

-Nucleo familiare (Indica il numero dei componenti del nucleo familiare convivente, escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente

- Rientrano nel conteggio, ad esempio: coniuge/partner convivente, figlio/a, fratello/sorella, nipote, genero/nuora, cognato/a)

-Assistente non familiare (Persona non appartenente al nucleo familiare (es.: badante), che convive con l'assistito (24h)

☐ Sì☐ No

-Supporto sociale (Identifica la presenza di un supporto da parte di reti formali e informali -della famiglia e della rete informale)

☐ Presenza☐ Presenza parziale o temporanea☐ Non presenza

Responsabilità genitoriale: [] Sì [] No

Fragilità familiare: [] Sì [] No

2-AUTONOMIA/MOBILITA'

-Uso servizi igienici

☐ Autonomo☐ Parzialmente dipendente☐ Totalmente dipendente

-Abbigliamento

☐ Autonomo☐ Parzialmente dipendente☐ Totalmente dipendente

-Igiene personale

☐ Autonomo☐ Parzialmente dipendente☐ Totalmente dipendente

-Alimentazione

☐ Autonomo☐ Parzialmente dipendente☐ Totalmente dipendente

-Grado mobilità

☐ Si sposta da solo (eventualmente con ausili)☐ Si sposta assistito☐ Non si sposta

3-COGNITIVO/COMPORTAMENTALE

- | | | | |
|---------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| -Disturbi Cognitivi | ☐ Assenti/lievi | ☐ Moderati | ☐ Gravi |
| -Disturbi Comportamentali | ☐ Assenti/lievi | ☐ Moderati | ☐ Gravi |

4-RISCHI

INFETTIVO: [] Sì [] No

SANGUINAMENTO ACUTO: [] Sì [] No

5-BISOGNI

- ☐ Broncoaspirazione/Drenaggio posturale
- ☐ Ossigeno Terapia
- ☐ Ventilazione terapia
- ☐ Tracheostomia
- ☐ Alimentazione assistita
- ☐ Alimentazione enterale
- ☐ Alimentazione parentale
- ☐ Gestione della stomia
- ☐ Eliminazione urinaria/intestinale
- ☐ Alterazione del ritmo sonno/veglia
- ☐ Educazione terapeutica (addestramento/nursing)
- ☐ Ulcere da decubito di 1° e 2° grado



- ☐ Ulcere da decubito di 3° e 4° grado
- ☐ Ulcere cutanee (vascolari, traumatiche, ustioni, post chirurgiche, ecc) di 1° e 2° grado
- ☐ Ulcere cutanee (vascolari, ustioni, traumatiche, post chirurgiche, ecc) di 3° e 4° grado
- ☐ Prelievi venosi non occasionali
- ☐ Prelievi venosi occasionali
- ☐ ECG
- ☐ Telemetria
- ☐ Procedura terapeutica (accesso venoso sottocute/intramuscolo)
- ☐ Gestione catetere centrale
- ☐ Trasfusioni
- ☐ Controllo del dolore
- ☐ Assistenza stato di terminalità oncologica
- ☐ Assistenza stato di terminalità non oncologica
- ☐ Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità
- ☐ Trattamento riabilitativo motorio
- ☐ Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità
- ☐ Assistenza nelle IADL
- ☐ Assistenza nelle ADL
- ☐ Supporto al caregiver

6-OBIETTIVI

- ☐ Addestramento
- ☐ Controllo del dolore
- ☐ Sollievo – Accompagnamento alla morte
- ☐ Prevenzione complicanze
- ☐ Sostegno bisogni primari



☐ Supporto caregiver

☐ Altro

7-AREE DI INTERVENTO

☐ Gestione del dolore

☐ Gestione del benessere/equilibrio psicologico

☐ Gestione del regime terapeutico

☐ Gestione dell'alimentazione

☐ Gestione delle capacità motorie/neurologiche

☐ Gestione delle funzionalità intestinali

☐ Gestione delle funzionalità respiratorie

☐ Gestione delle funzionalità urinarie

☐ Gestione dell'integrità cutanea

☐ Addestramento utente/caregiver

☐ Cura personale

☐ Mobilizzazione attiva/passiva

8-PRESTAZIONI DOMICILIARI

☐ Visita domiciliare

☐ Prelievo ematico

☐ Esami strumentali

☐ Trasferimento competenze/educazione del caregiver/colloqui/nursing/addestramento

☐ Supporto psicologico equipe-paziente-famiglia

☐ Terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione

☐ Terapia infusionale SC e EV

☐ Emotrasfusione



- ☐ Paracentesi, toracentesi e altre manovre invasive, gestione di cateteri spinali o sistemi di neuromodulazione del dolore
- ☐ Gestione ventilazione meccanica – tracheostomia – sostituzione canula – broncoaspirazione – ossigenoterapia
- ☐ Gestione nutrizione enterale (SNG PEG)
- ☐ Gestione nutrizione parenterale – Gestione CVC
- ☐ Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie
- ☐ Gestione alvo comprese le enterostomie
- ☐ Igiene personale e mobilizzazione
- ☐ Medicazioni semplici (Lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, postchirurgiche, postattinitiche, ecc)
- ☐ Medicazioni complesse (Lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, postchirurgiche, postattinitiche, ecc)
- ☐ Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo – elastici
- ☐ Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria
- ☐ Trattamento di rieducazione del linguaggio
- ☐ Trattamento di rieducazione dei disturbi neuropsicologici
- ☐ Controllo del dolore
- ☐ Controllo dispnea
- [] Controllo sintomi gastroenterici (nausea, vomito,..)
- [] Controllo sintomi psico-comportamentali (ansia, angoscia, agitazione, delirium, ecc..)
- [] Sedazione terminale palliativa
- [] Gestione di quadri clinici complessi (fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee, ecc..)
- [] Accudimento del paziente (con autonomia ridotta o assente)



SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE

Cognome	Nome
----------------	-------------

Residenza _____

Data e luogo di nascita _____

Età _____ C.F. _____

Caregiver: _____

Tipo di lavoro svolto: _____

Titolo di studio: _____

RETE FAMILIARE /SOCIALE

Numero Componenti Nucleo
Familiare*

escluso l'intestatario del fascicolo

Composizione del Nucleo

Familiare*

con chi vive abitualmente la persona



- 01 – Coniuge/convivente
- 02 – Coniuge/convivente e figlio/i minore/i
- 03 – Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i
- 04 – Coniuge/convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i
- 05 – Coniuge/convivente + un genitore/ambidue genitori
- 06 – Ambedue i genitori
- 07 – Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
- 08 – Padre
- 09 – Padre + fratello/i + sorella/e
- 10 – Madre
- 11 – Madre + fratello/i + sorella/e
- 12 – Fratello/i + sorella/e
- 13 – Figlio/a
- 14 – Solo
- 15 – Altro
- Non rilevabile/ Da non rilevare

Caregiver Familiare

- 01 – Coniuge/convivente
- 02 – Coniuge/convivente e figli maggiorenni
- 03 – Figlio/a/i
- 04 – Ambedue i genitori
- 05 – Padre
- 06 – Madre
- 07 – Fratello/i + sorella/e
- 08 – Cugino/a
- 09 – Nuora/Genero
- 10 – Cognato/a
- 11 – Zio/a
- 12 – Nessuno
- Non rilevabile/Da non rilevare



Protezione Giuridica

- ☐ Tutore
- ☐ Curatore
- ☐ Amministratore di Sostegno
- ☐ Non rilevabile/Da non rilevare

Assistente Personale*

- ☐ 01 – assistente Personale 24h
- ☐ 02 – Assistente Personale tempo pieno (min 7 ore die)
- ☐ 03 – Assistente Personale tempo parziale (inferiore a 7 ore die)
- ☐ 04 – Assistente Personale qualificato 24h
- ☐ 05 – Assistente Personale qualificato tempo pieno (min 7 ore die)
- ☐ 06 – Assistente Personale qualificato tempo parziale (inferiore a 7 ore die)
- ☐ 07 – Altro
- ☐ 08 – Nessuno
- ☐ Non rilevabile/Da non rilevare

Altre figure di riferimento

specificare

es: vicini, volontari, amici, ecc

Presenza di familiari che

usufruiscono dei benefici relativi alla L. 104/02

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Non rilevabile/Da non rilevare

Note _____

SITUAZIONE PENSIONISTICA



Situazione pensionistica

- ☐ Nessuna
- ☐ Anzianità/vecchiaia
- ☐ Minima/sociale
- ☐ Reversibilità
- ☐ Altra tipologia (es. infortunio sul lavoro)
- ☐ Non rilevabile/Da non rilevare

Note:

Inabilità per malattia professionale:

2 INVALIDITÀ CIVILE

Invalidità Civile

Se sì, indicare la percentuale

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Istante
- ☐ Non rilevabile/Da non rilevare

Percentuale _____

3 INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

Indennità di accompagnamento

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Istante
- ☐ Non rilevabile/Da non rilevare

4 LEGGE 104/92 ART. 3 COMMA 3

- ☐ Sì
- ☐ No



- ☐ Istante
- ☐ Non rilevabile/Da non rilevare

5 ALTRE MISURE ECONOMICHE EROGATE DA ENTI PUBBLICI/PRIVATI:

6 ISEE in corso di validità:

CHECK LIST VALUTAZIONE

TIPOLOGIA ASSISTITO*

- ☐ Paziente ordinario: utenza tipica
- ☐ Paziente in stato vegetativo (DGR 6220)
- ☐ Paziente affetto da malattie del motoneurone (circ.20)
- ☐ Paziente affetto da HIV
- ☐ Terminale
- ☐ Palliative Care

	SI	NO
SUPPORTO SOCIALE		
BUONO SOCIALE		
VOUCHER SOCIALE		
SAD		
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO EDUCATIVA		
TRASPORTI		



EROGAZIONE PASTI AL DOMICILIO		
CONTRIBUTO AL CAREGIVER FAMILIARE		

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

ASSUNZIONE FARMACI: ☐ AUTONOMO ☐ NON AUTONOMO ☐ ASSISTITO/SORVEGLIANZA

