

Ospedale: \_\_\_\_\_

Reparto: \_\_\_\_\_

Data intervista:   g   m     a      Iniziali intervistatore: \_\_\_\_\_

## Dati anagrafici del paziente

Sesso:  M  F      Anno di nascita:   g   m     a

Data del decesso          Ora del decesso   .

Scolarità: Analfabeta     Elementare     Medie     Diploma SMS     Laurea     Non nota

Domicilio (segnalare la provincia) \_\_\_\_\_

Residenza (se diversa dal domicilio) \_\_\_\_\_

## Ricovero e cause

## Codice

Diagnosi principale \_\_\_\_\_

Diagnosi secondaria \_\_\_\_\_

Intervento principale \_\_\_\_\_

Data ingresso in ospedale   g   m     a      in reparto   g   m     a

Precedenti ricoveri negli ultimi 3 mesi (qualsiasi ospedale):  Sì  No  Non noto

Se Sì nell'attuale reparto:  Sì  No      Eventuali cambi di reparto durante il ricovero attuale:  Sì  No

Se Sì, indicare il reparto precedente:    Medico     Chirurgico     Geriatrico/lungodegenza

Intensivo     Altro, specificare \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici durante il ricovero attuale:  Sì  No      Se Sì, specificare (riportare gli ultimi due):

1. \_\_\_\_\_ Data   g   m

2. \_\_\_\_\_ Data   g   m

*NB: I dati richiesti sono riportati anche nella scheda di dimissione ospedaliera, se già codificati, riportare il codice*

# Giorno del decesso e/o giorno precedente

Esami/Trattamenti/Procedure terapeutiche e diagnostiche effettuate

	<i>Posizionato/sostituito nelle ultime 24H</i>	<i>Posizionato/sostituito nelle ultime 24H</i>
<b>Trattamenti-esami</b>		
Prelievi ematici: Routine: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Speciali: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Chemioterapia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Radioterapia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Emodialisi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
RNM	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
TAC	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>Eliminazione</b>		
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Enteroclisma	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Rimozione fecaloma	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>Alimentazione -idratazione</b>		
Sonda NG	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
PEG	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Nutrizione Parenterale Totale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Liquidi ev (>500 ml)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>Respirazione</b>		
Intubazione OT/NT	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Ventilazione meccanica/CPAP	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<b>Varie</b>		
Biopsia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Drenaggi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Catetere perid./subaracn.	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Incanulamento vena centrale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Trasfusione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
FKT	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Altro tipo di riabilitazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Altro: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No se Sì, specificare _____		

## Farmaci somministrati Giorno precedente il decesso (GP) e Giorno del decesso (GD)

(riportare nome commerciale del farmaco, via di somministrazione: se la dose è stata modificata il GD, riportarla sia in GP che in GD)

GP	GD							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	altro _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	altro _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	altro _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	altro _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	altro _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	altro _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	altro _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	altro _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	altro _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	altro _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	altro _____

Liquidi totali prescritti (EV/SC o SNG) GP ml     GD ml

Visite specialistiche effettuate e/o consulenze richieste il giorno precedente il decesso?  Sì  No Se Sì specificare:  
 internista  cardiologo  diabetologo altro, specificare \_\_\_\_\_

## Intervista all'Infermiere (di turno durante il decesso, e/o il turno precedente)

Secondo lei, il malato era consapevole di stare per morire?

Sì  No  Non so

Aveva mai espresso il desiderio di morire o sospendere i trattamenti?

Sì  No  Non so

A suo giudizio, la gestione complessiva del paziente nei due giorni precedenti il decesso è stata:

scadente  mediocre  sufficiente  buona  ottima

### Il giorno prima del decesso

a. Nelle precedenti 24 ore il malato ha avuto-riferito uno dei seguenti sintomi/segni

	<i>assente</i>	<i>lieve</i>	<i>importante</i>		
Dolore/segni di sofferenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonnolenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Confusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Agitazione/irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mancanza di respiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Congestione/secrezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mancanza di appetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Difficoltà a deglutire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nausea/vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stitichezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Incontinenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se Sì fecale <input type="checkbox"/>	urinaria <input type="checkbox"/>
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Piaghe (decubito, maligne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Altro, specificare \_\_\_\_\_

b. Livello di autosufficienza il giorno precedente il decesso (vedi *Indice di Autonomia*)

c. Livello di coscienza **PREVALENTE** il giorno precedente il decesso: (segnalare solo una voce)

#### Paziente sveglio

- Orientato e tranquillo  
 Ansioso e agitato, o irrequieto, o entrambi  
 Sonnolento, risponde ai comandi

#### Paziente addormentato/sedato/soporoso

- Vivace risposta allo stimolo tattile o sonoro  
 Lenta risposta allo stimolo tattile o sonoro  
 Nessuna risposta allo stimolo tattile o sonoro, ma risposta allo stimolo doloroso  
 Nessuna risposta allo stimolo doloroso

#### d. Indice di gravità:

Se il giorno prima (almeno 24 ore) del decesso le avessero detto che il malato sarebbe morto entro 24 ore, sarebbe stato/a d'accordo:

Per nulla  Poco  Abbastanza  Molto  Moltissimo (totalmente)  Non so

**e. Accudimento (durante le 24 ore prima del decesso):**

Mobilizzazione  Sì  No  
Medicazioni  Sì  No  
Cura cavo orale  Sì  No  
Cambio biancheria personale  Sì  No

**Quando il paziente stava (a suo giudizio) per morire quali delle seguenti terapie sono state eseguite?**

**a. Terapie rianimatorie** (una o più delle seguenti)

Intubazione Orotracheale, Massaggio cardiaco, Incanulazione del CVC, Cardioversione, Iniezione intracardiaca  Sì  No

Se Sì eseguite:

Dall'equipe: di rianimazione  del reparto  entrambi  altro, specificare \_\_\_\_\_

**b. Terapia "d'urgenza":**

Sì  No

Se Sì, specificare

Farmaci salvavita

Sì  No

O2 terapia

Sì  No

Drenaggi (toracentesi, pericardiocentesi, ecc.)

Sì  No

Chirurgia (clampaggio, CVC, ecc)

Sì  No

ECG

Sì  No

Prelievi ematici

Sì  No

Altro, specificare \_\_\_\_\_

**c. Evento che ha condotto alla morte (chiedere al medico) segnare solo una causa:**

Infezione-sepsi  Emorragia  Insufficienza cardiocircolatoria  Arresto respiratorio

Insufficienza epatorenale

Altro, specificare \_\_\_\_\_

**d. Durante il ricovero, il malato è stato visitato dall'algologo/palliatore?**

Sì  No

**Indice di autonomia nelle attività di vita quotidiane nelle 24 ore precedenti il decesso**

Per ogni area funzionale sottoelencata segnare il quadro corrispondente. (Il termine "assistenza" sta per supervisione, guida all'assistenza personale)

**Fare il bagno** - sia spugnatura, lavaggio in vasca o doccia

( )	( )	( )
Nessuna assistenza (entra ed esce da solo dalla vasca se questo è il proprio usuale mezzo di pulizia)	Riceve assistenza per pulire una sola parte del corpo (come il dorso o una gamba)	Riceve assistenza per lavare più di una parte del corpo

**Vestirsi** - prendere gli indumenti dall'armadio e cassetti, compresa la biancheria, svestirsi, allacciarsi (compresi i calzoni, se utilizzati)

( )	( )	( )
Completamente vestito senza assistenza	Si veste senza aiuto tranne che per le scarpe	Riceve aiuto per prendere i vestiti o indossarli, o rimane parzialmente o completamente svestito

**Servizi igienici** - usufruisce da solo dei servizi igienici per l'escrezione di feci ed urine: si pulisce da solo e si riveste

( )	( )	( )
Va ai servizi, si pulisce e riveste senza aiuto (può far uso di bastone o sedia a rotelle, e usare il pannolino o la comoda)	Riceve aiuto per andare ai servizi o per pulirsi o rivestirsi o per usare il pannolino o la comoda	Non va ai servizi

**Spostamenti**

( )	( )	( )
Si sposta nel letto e in poltrona senza aiuto (può far uso di bastone o corrimano)	Si sposta nel letto e in poltrona da solo	Non si sposta

**Controllo sfinteriale**

( )	( )	( )
Completamente autonomo	Saltuariamente incontinente	Necessita di supervisione; uso di catetere o incontinenza

**Alimentazione**

( )	( )	( )
Si alimenta da solo	Autonomo tranne che per tagliare la carne o imburrare il pane	Aiutato o alimentato in modo parziale o completo per sonda o per via parenterale

Il giudizio è basato sullo stato reale e non sull'abilità. Il paziente che rifiuta di eseguire una funzione viene valutato come se non fosse in grado di effettuarla, benchè ritenuto capace.

- A      indipendente nell'alimentazione, controllo sfinteriale, spostamenti, uso dei servizi igienici, abbigliamento e bagno
- B      Indipendente tranne che per una di queste funzioni
- C      Indipendente tranne che per il bagno o più di un'altra funzione
- D      Indipendente tranne che per fare il bagno, vestirsi o più di un'altra funzione
- E      Indipendente tranne che per il bagno, vestirsi, usare i servizi o più di un'altra funzione
- F      Indipendente tranne che per il bagno, vestirsi, usare i servizi, spostarsi o più di un'altra funzione
- G      Dipendente per tutte e sei le funzioni
- Altro   Dipendente per almeno due funzioni ma non classificabile nelle categorie C, D, E, F

Livello di dipendenza (da compilare a cura della segreteria)      /\_\_\_/

## Il giorno del decesso

### Quante ore prima della morte è stato visto dal medico per l'ultima volta?

> 12  6-12  1-5  <1

### Ambiente

Tipo di stanza: numero letti occupati

Se a più letti, quanti altri malati erano presenti nella camera?

Se c'erano altri malati, è stato posizionato un paravento?  Sì  No

Il malato era sistemato su un materasso antidecubito?  Sì  No

Rituali religiosi **richiesti** (dal malato o dai familiari)  Sì  No

Rituali religiosi **eseguiti**  Sì  No

Nei giorni precedenti il decesso i familiari sono rimasti con il paziente

senza restrizioni di orario

con restrizioni ma per tempi superiori agli orari di visita

solo negli orari di visita

altro, specificare \_\_\_\_\_

### Al momento del decesso

Il paziente era solo?  Sì  No

se No,

Chi era presente? Familiari/amici  Sì  No

Assistente privato  Sì  No

Medico del reparto  Sì  No

Infermiere del reparto  Sì  No

Volontario/i  Sì  No

Altro, specificare \_\_\_\_\_

Chi si è accorto che il paziente era morto?

Famigliare/amico/assist. privato/volontario  Sì  No

Personale del reparto  Sì  No

### Trattamento della salma in reparto

a. La salma è restata in reparto?  Sì  No

Se Sì, = 2 ore  > 2 ore

b. Ai familiari è stato possibile vegliarla?  Sì  No

c. Trattamento della salma:

Lavata  Sì  No

Tamponata  Sì  No

Vestita  Sì  No

Rimozione catetere vescicale, venoso etc.  Sì  No  Na

(segnare Sì anche se rimosso un solo presidio)

Altro, specificare \_\_\_\_\_