

## Studio "Intensiva 2.0" - Scheda A - fase POST

**FAMILIARE:** Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Stato civile:  nubile / celibe  coniugato / convivente  separato / divorziato  vedovo / vedova Sesso  M  F Età \_\_\_\_\_ Nazionalità

Grado di parentela  fratello/sorella  genitore  figlio/nipote  coniuge/convivente  altro

Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

1 - italiana	5 - est asia
2 - europea	6 - lat.amer
3 - araba	7 - anglosass
4 - africana	8 - altro

Accetto che questi dati vengano utilizzati, in forma anonima, per scopi scientifici.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Codice in Materia dei dati Personali (D.lgs. n.196 del 30 giugno 03), consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati "sensibili" di cui dell'art.4 del Codice e, in particolare, i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, e consapevole inoltre che tale consenso sarà considerato valido sine die per ogni ulteriore accesso salvo eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato.

*Parte sottostante da compilare a cura del medico che ha effettuato il colloquio con i familiari*

**PAZIENTE:** Età \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Nazionalità  Ital.  Europ.  Araba  Afric.  Est asia  Lat. Amer.  Anglosass.  altro

Stato civile  nubile / celibe  coniugato / convivente  separato / divorziato  vedovo / vedova Professione  dipendente  dirigente  libero profess.  casalinga studente  disoccupato (in età lav.)  pensionato  altro

Motivo ammissione in T.I.  monitoraggio  insuff. resp.  insuff. cardiocirc.  Insuff. neuro Tipo ammissione  med  chir. elett.  chir. urg.  trauma

Previsioni sulla guarigione (presentate durante il colloquio con i familiari)  Buone  Non buone SAPS II (punti) \_\_\_\_\_

Organi principalmente interessati dalla malattia

Trattamenti erogati in T.I.

Cuore  NO  SI Addome  NO  SI

Polmoni  NO  SI Ossa  NO  SI

Cervello  NO  SI Reni  NO  SI

Trasfusioni  NO  SI

Ventilazione  NO  SI Dialisi  NO  SI

Chirurgia  NO  SI Drenaggio  NO  SI

Antibiotici  NO  SI Sedazione  NO  SI

Durata degenza in T.I. (giorni) \_\_\_\_\_ Esito T.I.  morto  vivo Se dimesso vivo da T.I., credi che fra 6 mesi il pz sarà completamente

indipendente nel: lavarsi  NO  SI vestirsi  NO  SI evacuare  NO  SI muoversi  NO  SI controllare gli sfinteri  NO  SI mangiare  NO  SI

C'è stata sospensione o astensione dall'iniziare/incrementare supporti vitali in quanto ritenuti sproporzionati?  NO  SI

Sono stati coinvolti i familiari in questa decisione?  NO  SI Se SI, i familiari erano d'accordo con la decisione?  NO  SI

**MEDICO:** Età \_\_\_\_\_ Ruolo  apicale  intermedio  base Sesso  M  F Anni di esperienza in TI \_\_\_\_\_

Stato civile  nubile / celibe  coniugato / convivente  separato / divorziato  vedovo / vedova Dà informazioni ai familiari  saltuariamente  quotidianamente

Ha qualche credo religioso?  NO  SI Se sì, quale?  cristiano cattolico  cristiano protestante  cristiano ortodosso  test. Geova  musulmano  ebreo  buddista  indu  altro

N° familiari presenti al colloquio di oggi \_\_\_\_\_ Secondo te, i familiari hanno capito la prognosi  NO  SI

N° operatori presenti al colloquio di oggi \_\_\_\_\_ Tipo operatori: medici  NO  SI infermieri  NO  SI psicologi  NO  SI

Brochure e sito hanno complicato o facilitato la **comunicazione** fra staff e familiari? Metti una riga verticale qui sotto.

COMPLICATO | \_\_\_\_\_ | FACILITATO  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Brochure e sito hanno peggiorato o migliorato la **comprensione** da parte dei parenti? Metti una riga verticale qui sotto.

PEGGIORATO | \_\_\_\_\_ | MIGLIORATO  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

È stata inviata la "email informativa" all'indirizzo email del familiare durante i primi 3 giorni di ricovero?  NO  SI