

Codice Familiare

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

**FAMILIARE:** Nome  Cognome

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

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

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

Telefono  Email

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  It.  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 <input type="text"/> NO <input type="text"/> SI	Addome <input type="text"/> NO <input type="text"/> SI	Ventilazione <input type="text"/> NO <input type="text"/> SI	Trasfusioni <input type="text"/> NO <input type="text"/> SI
Polmoni <input type="text"/> NO <input type="text"/> SI	Ossa <input type="text"/> NO <input type="text"/> SI	Chirurgia <input type="text"/> NO <input type="text"/> SI	Dialisi <input type="text"/> NO <input type="text"/> SI
Cervello <input type="text"/> NO <input type="text"/> SI	Reni <input type="text"/> NO <input type="text"/> SI	Antibiotici <input type="text"/> NO <input type="text"/> SI	Drenaggio <input type="text"/> NO <input type="text"/> SI
			Sedazione <input type="text"/> NO <input type="text"/> 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