SCHEDA PSI-NEFRO PIEMONTE

FASE 1-IRC 2-pre-SOSTITUTIVA 3-PRE-TRAPIANTO

Data Compilazione: ……. / …… / ……
Operatore: ……..……
Servizio: ……..……

COGNOME ..... **NOME** .....
NATO il ..... a .....
RESIDENTE A .....
IN VIA/CORSO .....
Telefono: .....

DIAGNOSI NEFROLOGICA: .....
DIAGNOSI **I.R.C.** da ..... anni ……. mesi

DIALISI No
 Sì . Metodica: EMODIALISI da ..... anni …….mesi
 PERITONEALE da ..... anni …….mesi
 Domiciliare
Ambulatoriale Ospedaliera
 CAL
 Self

LISTA ATTIVA TRAPIANTO (L.A.T.) INSERITO IN DATA .....
 SOSPESO .....
 non inserito per .....

TRAPIANTO RENE NO
 SI da ..... anni …….mesi
N° trapianto 1° 2° 3° .....

COMORBILITÀ (compresi trapianti combinati): .....
.....

AUTONOMIA Autosufficient Semi-Autosufficiente .....
 Non Autosufficiente Non rilevabile

STRUTTURA INVIANTE: ……
Nefrologo referente: ……

SITUAZIONE SOCIO-LAVORATIVA

SCOLARITA' ☐ Analfabetismo ☐ Elementare ☐ Medie Inf
☐ Medie Sup ..... ☐ Laurea .....

PROFESSIONE ☐ Agricoltore ☐ Artigiano ☐ Commerciante
☐ Libero Prof ☐ Dirigente ☐ Impiegato
☐ Operaio ☐ Casalinga ☐ Studente
☐ Disoccupato ☐ Altro: ……

ATTUALMENTE OCCUPATO ☐ Si
☐ No ☐ Pensione Anzianità ☐ Pensione Invalidità
☐ Pensione Inabilità ☐ Non Occupato da ……..

SITUAZIONE ABITATIVA
VIVE ☐ Nella sua abitazione con .....
☐ Presso amici / altri parenti
☐ In Comunità – Casa di Cura ……
☐ Senza Fissa Dimora

RETI SUPPORTO SOCIALE ☐ Amicale ☐ Lavorativa ☐ Associazionistica-Culturale
☐ "Servizi"/Volontariato .....

SITUAZIONE FAMILIARE

STATO CIVILE ☐ Celibe/Nubile ☐ Coniugato/Convivente da ……..
☐ Separato/Divorziato da…… ☐ Vedovo da …….
☐ Ri-sposato da …….

FIGLI ☐ No
☐ Si .....

ANAMNESI FAMILIARE (breve) .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FIGURE PRIVILEGIATE DI SOSTEGNO (*CARE-GIVERs*)
☐ Coniuge/Partner ☐ Genitore ☐ Figlio/i ..... ☐ Altro
.....

RELAZIONI FAMILIARI
Sul piano pragmatico Distaccate <-----☐------☐------☐------☐------☐-----> Supportive
Sul piano psicologico Distaccate <-----☐------☐------☐------☐------☐-----> Supportive

Eventuali specificazioni ☐ Conflittuali ☐ Problematiche (da dettagliare in righe sottostanti)
.....
.....
……

COMUNICAZIONI IN FAMIGLIA SU MALATTIA E VISSUTI
Difficoltose <----☐------☐------☐------☐------☐----> Aperte
.....

ATTEGGIAMENTI VERSO LA MALATTIA

SINTOMATOLOGIA LAMENTATA .....
.....
.....

INTERFERENZA RIFERITA COME INVALIDANTE RISPETTO A…

Attività Fisiche	☐ Elevata	☐ Media	☐ Bassa
Attività Quotidiane	☐ Elevata	☐ Media	☐ Bassa
Attività Lavorative	☐ Elevata	☐ Media	☐ Bassa
Attività Sociali e Familiari	☐ Elevata	☐ Media	☐ Bassa

INFORMAZIONE su	**MALATTIA**	☐ Adeguata	☐ Parziale	☐ Non adeguata
	DIALISI	☐ Adeguata	☐ Parziale	☐ Non adeguata
	TRAPIANTO	☐ Adeguata	☐ Parziale	☐ Non adeguata

CONSAPEVOLEZZA di MALATTIA ☐ adeguata ☐ Parziale ☐ Non adeguata

PERCEZIONE DELLA MALATTIA

FIDUCIA Efficacia/Utilità TRATTAMENTI	nulla	<-☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐-> molto alta
GRAVITÀ dei SINTOMI	nessuno	<-☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐-> molti e gravi
PREOCCUPAZIONE	nulla	<-☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐-> estrema

PERCEZIONE del CORPO / RAPPORTO con il CORPO
☐ Non Alterato ☐ Alterato ma accettato ☐ Alterato e non accettato, fonte di conflitto
……..
……..

PERCEZIONE della propria SESSUALITA' come...
☐ presente, buona e soddisfacente ☐ presente, ma insoddisfacente o con disturbi
☐ scarsa e insoddisfacente ☐ assente ☐ Non rilevata
.....
.....

COMPLIANCE e adesione al progetto terapeutico
☐ adeguata ☐ parziale ☐ non adeguata ☐ Non Rilevabile/da approfondire
Specificazioni (visite-controlli/farmaci-terapie/dieta-abitudini salutari/precedenti esperienze con sanitari):
……
……
.....
Percezione del nefrologo ☐ concordante ☐ discordante ☐ non rilevata
……..

STRATEGIE DI DIFESA E DI COPING RISPETTO ALLA MALATTIA
☐ Adeguate ☐ parzialmente adeguate ☐ Non adeguate ☐ da approfondire
.....
.....
.....

ATTEGGIAMENTO GENERALE vs malattia di tipo Attivo/propositivo <-☐----☐ ----☐-> Passivo/regredito

ASPETTATIVE *VS* DIALISI ☐ Realistiche ☐ Parzialmente realistiche ☐ Non realistiche
.....
.....
.....

ASPETTATIVE*VS* TRAPIANTO ☐ Realistiche ☐ Parzialmente realistiche ☐ Non realistiche
.....
.....
.....

QUADRO PSICOLOGICO

PRESENTAZIONE PAZIENTE
Orientamento: …… Vigilanza: ……
Eloquio: …… Forma Pensiero: ……
Interazione: ……...

DISTURBI PSICHICI (sec Assi DSM)

ASSE I	PREGRESSI		ATTUALI
	☐ No	☐ Si: ..... Periodo: ..... Durata:	☐ Si: ..... Periodo: ..... Durata: .....
	☐ No	☐ Si: ..... Periodo: ..... Durata:	☐ Si: ..... Periodo: ..... Durata: .....
	☐ No	☐ Si: ..... Periodo: ..... Durata:	☐ Si: ..... Periodo: ..... Durata: .....
ASSE II			
	☐ No	☐ Si:	
	☐ No	☐ Si:	

☐ Assenti / non riferiti

TRATTAMENTI	Pregressi	In Atto
Nessuno		
Psico-Farmacologico		
Psicologico/Psicoterapico		
Ricoveri "*psi*"		

STRUTTURA PERSONALITÀ ☐ Normale ☐ Nevrotica lieve ☐ Nevrotica grave
☐ Borderline ☐ Psicotica ☐ Da approfondire

PERSONALITÀ (tratti/funzionamento) .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

REAZIONI DI DISAGIO EMOTIVO IN ATTO (periodo 1-3mesi, sintomi >= 15-20gg)
☐ Ansia ☐ scoraggiamento/demoralizzazione ☐ Labilità emotiva ☐ sbalzi umore
☐ Disforia/irritabilità ☐ paura ☐ tristezza ☐ disorientamento
☐ senso di solitudine ☐ senso di incomprensione ☐ ritiro comunicativo/isolamento
☐ altro .....

RITMO SONNO-VEGLIA ☐ Insonnia iniziale ☐ Insonnia finale ☐ Ipersonnìa
☐ sonno regolare ☐ compensato (ipnoinducenti): ☐ si ☐ parzialmente

ALIMENTAZIONE ☐ regolare ☐ Irregolare/disordinata ☐ con disturbi (vd sopra)

USO SOSTANZE PSICO-ATTIVE	Attuale	In remissione iniziale (anni/mesi)
Fumo		
Alcool		
Altre sost. Di abuso: …… ……		

VALUTAZIONI CONCLUSIVE

BISOGNI RILEVATI

☐ assistenziali ☐ fisici ☐ economici ☐ sociali
☐ relazionali ☐ psicolgici ☐ spirituali ☐ altro: .....

RISORSE	P	CRITICITÀ	P	Criticità Trattabili
☐ Condizioni economiche buone	1	☐ Disagio economico	1	☐
☐ Buona situazione abitativa	1	☐ Disagio abitativo	1	☐
☐ Situazione lavorativa adeguata	1	☐ Situazione lavorativa non adeguata	1	☐
☐ Sostegno familiare adeguato	1	☐ Sostegno familiare non adeguato	1	☐
☐ Buon inserimento sociale	1	☐ Scarso inserimento sociale	1	☐
☐ Malattia non invalidante–autosufficienza	1	☐ Malattia invalidante – non autosufficienza	1	☐
☐ Informazioni adeguate	1	☐ Informazioni non adeguate	1	☐
☐ Consapevolezza adeguata	1	☐ Consapevolezza non adeguata	1	☐
☐ Buona compliance	1	☐ Scarsa compliance	1	☐
☐ Aspettative realistiche	1	☐ Aspettative non realistiche	1	☐
☐ Buona relazione con sanitari	1	☐ Difficoltà relazione con sanitari	1	☐
☐ Buon adattamento (malattia, dialisi, tx)	1	☐ Difficoltà di adattamento (malattia, dialisi, tx)	1	☐
☐ Non dist psichici pregressi	1	☐ Disturbi psichici pregressi	1	☐
☐ Personalità non problematica x strutt-tratti	1	☐ Personalità fragile/problematica x strutt-tratti	1	☐
☐ Non dist psichici attuali	1	☐ Dist. psichici attuali	1	☐
☐ Non disagio emotivo in atto	1	☐ Disagio emotivo in atto	1	☐
☐ Non uso attuale sostanze psicoattive	1	☐ Uso attuale sostanze psicoattive: ……..	1	☐
☐ Altro: ……		☐ Altro: ……	1	☐
Elementi di Forza x /17		Elementi di Debolezza x /17		

INDICAZIONI a INTERVENTO PSICOLOGICO

☐ soggetto non connotato da problematiche psico-sociali o psicopatologiche
☐ segnalazione a équipe per monitoraggio paziente fragile/problematico
☐ Invio a figura di supporto psi c/o Servizio di competenza territoriale ……..
☐ ulteriori colloqui c/o ns Servizio ☐ Si per paziente ☐ Si per familiari ☐ più avanti ☐ Rifiutato
☐ Paziente poco trattabile

OBIETTIVI INTERVENTO (monitoraggio/supporto/rivalutazione/ecc): .....……..
……..
.....

VALUTAZIONE RISPETTO A SCELTA METODICA DIALITICA: .....
…….....
……
……
…….....

VALUTAZIONE RISPETTO A INSERIMENTO IN L.A.T. RENE:
……
……
……

Data	Colloqui	Operatore
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	Operatore
....	....	....
....	....	....
....	....	....

Data	Aggiornamenti / Variazioni significative	Operatore

SCHEDA PSI-NEFRO PIEMONTE
versione breve per nefrologo

FASE˜ ☐ 1-IRC ☐ 2-pre-SOSTITUVITA ☐ 3-PRE-TRAPIANTO

Data Compilazione: ……. / …… / ……

Operatore: ……..……
Servizio: ……..……

COGNOME ..... **NOME** .....
NATO il ..... a .....
RESIDENTE A .....
IN VIA/CORSO .....
Telefono: .....

STRUTTURA INVIANTE: …….
Nefrologo referente: …….

VALUTAZIONI CONCLUSIVE

BISOGNI RILEVATI

☐ assistenziali ☐ fisici ☐ economici ☐ sociali
☐ relazionali ☐ psicolgici ☐ spirituali ☐ altro: .....

RISORSE	P	CRITICITÀ	P	Criticità Trattabili
☐ Condizioni economiche buone	1	☐ Disagio economico	1	☐
☐ Buona situazione abitativa	1	☐ Disagio abitativo	1	☐
☐ Situazione lavorativa adeguata	1	☐ Situazione lavorativa non adeguata	1	☐
☐ Sostegno familiare adeguato	1	☐ Sostegno familiare non adeguato	1	☐
☐ Buon inserimento sociale	1	☐ Scarso inserimento sociale	1	☐
☐ Malattia non invalidante–autosufficienza	1	☐ Malattia invalidante – non autosufficienza	1	☐
☐ Informazioni adeguate	1	☐ Informazioni non adeguate	1	☐
☐ Consapevolezza adeguata	1	☐ Consapevolezza non adeguata	1	☐
☐ Buona compliance	1	☐ Scarsa compliance	1	☐
☐ Aspettative realistiche	1	☐ Aspettative non realistiche	1	☐
☐ Buona relazione con sanitari	1	☐ Difficoltà relazione con sanitari	1	☐
☐ Buon adattamento (malattia, dialisi, tx)	1	☐ Difficoltà di adattamento (malattia, dialisi, tx)	1	☐
☐ Non dist psichici pregressi	1	☐ Disturbi psichici pregressi	1	☐
☐ Personalità non problematica x strutt-tratti	1	☐ Personalità fragile/problematica x strutt-tratti	1	☐
☐ Non dist psichici attuali	1	☐ Dist. psichici attuali	1	☐
☐ Non disagio emotivo in atto	1	☐ Disagio emotivo in atto	1	☐
☐ Non uso attuale sostanze psicoattive	1	☐ Uso attuale sostanze psicoattive: ……..	1	☐
☐ Altro: ……		☐ Altro: ……	1	☐
Elementi di Forza x /17		Elementi di Debolezza x /17		

INDICAZIONI a INTERVENTO PSICOLOGICO

☐ soggetto non connotato da problematiche psico-sociali o psicopatologiche
☐ segnalazione a équipe per monitoraggio paziente fragile/problematico
☐ Invio a figura di supporto psi c/o Servizio di competenza territoriale ……..
☐ ulteriori colloqui c/o ns Servizio ☐ Si per paziente ☐ Si per familiari ☐ più avanti ☐ Rifiutato
☐ Paziente poco trattabile

OBIETTIVI INTERVENTO (monitoraggio/supporto/rivalutazione/ecc): .....……..
……..……..
.....

VALUTAZIONE RISPETTO A SCELTA METODICA DIALITICA: .....
…….....
……..……
……..……
…….....

VALUTAZIONE RISPETTO A INSERIMENTO IN L.A.T. RENE:
……
……
……
…….....……