

COGNOME _____ NOME _____ nato il ___ / ___ / ___

ALLEGATO 1: KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' QUOTIDIANE	CURA PERSONALE	SINTOMI SUPPORTO SANITARIO	
<input type="checkbox"/> COMPLETA	<input type="checkbox"/> COMPLETA	<input type="checkbox"/> COMPLETA	<input type="checkbox"/> NESSUNO	100
<input type="checkbox"/> LIEVE DIFFICOLTA'	<input type="checkbox"/> LIEVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE	<input type="checkbox"/> COMPLETA	<input type="checkbox"/> SEGNI / SINTOMI MINORI 1° 2° = CALO PONDERALE < 10% +- CALO ENERGIE	90
<input type="checkbox"/> DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE	<input type="checkbox"/> DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA A CAMMINARE E/O GUIDARE	<input type="checkbox"/> LIEVE DIFFICOLTA'	<input type="checkbox"/> *ALCUNI* 1° 2° SEGNI/ SINTOMI = CALO PONDERALE < 10% +- MODERATA ↓ ENERGIA	80
<input type="checkbox"/> INABILE	<input type="checkbox"/> DIFFICOLTA' MODERATA (SI MUOVE PREVALENTEMENTE IN CASA)	<input type="checkbox"/> MODERATA DIFFICOLTA'	<input type="checkbox"/> *ALCUNI* SEGNI/ SINTOMI + GRAVE ↓ ENERGIA	70
	<input type="checkbox"/> GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE E GUIDARE	<input type="checkbox"/> DIFFICOLTA' MODERATA - GRAVE	<input type="checkbox"/> SEGNI/SINTOMI *MAGGIORI* 1° 3° +- GRAVE CALO PONDERALE > 10%	60
	<input type="checkbox"/> ALZATO PER PIU' 50%	<input type="checkbox"/> GRAVE DIFFICOLTA'	<input type="checkbox"/> SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE (PAZIENTE AMBULATORIALE)	50
	<input type="checkbox"/> A LETTO PER PIU' 50% ORE DEL GIORNO	<input type="checkbox"/> LIMITATA CURA DI SE'	<input type="checkbox"/> ASSISTENZA SANITARIA STRAORDINARIA (PER FREQUENZA E TIPI DI INTERVENTI)	40
	<input type="checkbox"/> INABILE	<input type="checkbox"/> INABILE	<input type="checkbox"/> INDICAZIONE AL RICOVERO O OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO SUPPORTO SANITARIO MOLTO INTENSO (PRESIDI TECNICO-STRUMENTALI)	30
			<input type="checkbox"/> GRAVE COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI VITALI (RESPIRATORIA, RENALE, CARDIO CIRCOLATORIA) IRREVERSIBILE	20
			<input type="checkbox"/> RAPIDA PROGRESSIONE PROCESSI BIOLOGICI MORTALI	10
			<input type="checkbox"/> MORTO	0

- 1) Saltuari
 Non condizionanti, supporto terapeutico continuativo
 2) Saltuari o costanti
 Condizionanti spesso supporto terapeutico
 3) Costanti
 Invalidanti Condizionanti supporto terapeutico continuativo

DATA,

PUNTEGGIO

timbro e firma del medico _____