

Etiqueta/CIAS	Nº de registro: _____ (Numerar 1, 2, 3... para poder indetificar el registro)	Calidad de los cuidados paliativos en atención primaria en Europa Red Centinela Sanitaria de Castilla y León 2013																																																																													
(2) Fecha de nacimiento:/...../..... (3) Fecha de defunción:/...../ 2013 (4) Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M		(16) ¿La defunción fue súbita y totalmente inesperada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO NEGATIVO, FINALICE AQUÍ EN CASO AFIRMATIVO CONTINUE CON EL CUESTIONARIO:																																																																													
(5) Causa de la defunción: Causa inmediata Causa intermedia (a) Causa intermedia (b) Causa inicial o fundamental Otros procesos		(17) Indique que temas han sido tratados entre Ud y el paciente o familia (varias respuestas posibles)																																																																													
		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Con el paciente</td> <td style="text-align: center;">Con sus familiares</td> </tr> <tr> <td>a) Diagnóstico (nombre de la enfermedad)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Curso de la enfermedad /pronóstico</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) La cercanía del fallecimineto</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Ventajas y desventajas de los tratamientos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Opciones relacionadas con los cuidados al final de la vida</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Problemas sicológicosi (ej. tristeza, preocupación o miedo) o socialies (ej. falta de soporte social de la familia/amigos, familia que no acepta la situación, etc.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g) Problemas espirituales o existenciales (ej. difucultad para aceptar la situación, preguntas sobre el significado de la vida, rabia frente a Dios, etc.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h) Ninguno de los anteriores</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Con el paciente	Con sus familiares	a) Diagnóstico (nombre de la enfermedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Curso de la enfermedad /pronóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) La cercanía del fallecimineto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Ventajas y desventajas de los tratamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Opciones relacionadas con los cuidados al final de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Problemas sicológicosi (ej. tristeza, preocupación o miedo) o socialies (ej. falta de soporte social de la familia/amigos, familia que no acepta la situación, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Problemas espirituales o existenciales (ej. difucultad para aceptar la situación, preguntas sobre el significado de la vida, rabia frente a Dios, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
	Con el paciente	Con sus familiares																																																																													
a) Diagnóstico (nombre de la enfermedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
b) Curso de la enfermedad /pronóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
c) La cercanía del fallecimineto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
d) Ventajas y desventajas de los tratamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
e) Opciones relacionadas con los cuidados al final de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
f) Problemas sicológicosi (ej. tristeza, preocupación o miedo) o socialies (ej. falta de soporte social de la familia/amigos, familia que no acepta la situación, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
g) Problemas espirituales o existenciales (ej. difucultad para aceptar la situación, preguntas sobre el significado de la vida, rabia frente a Dios, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
h) Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
(6) ¿Ud. u otro médico había diagnosticado demencia? <input type="checkbox"/> Sí, demencia grave <input type="checkbox"/> Sí, demencia moderada <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		(18) ¿Cuantas veces en el último mes de vida se realizó una consulta multidisciplinar* entre los profesionales para discutir los objetivos de cuidados y/o opciones de tratamiento paliativo? (cara a cara o por teléfono) <input type="checkbox"/> Ninguna consulta <input type="checkbox"/> Una sola consulta en el último mes <input type="checkbox"/> Una cada semana aproximadamente <input type="checkbox"/> Una cada día aproximadamente *Médico de familia con especialista o con especialista en cuidados paliativos.																																																																													
(7) ¿Dónde ha vivido el paciente durante la mayor parte del último año de su vida? <input type="checkbox"/> En su casa o con su familia <input type="checkbox"/> Residencia (aistida o no asistida) <input type="checkbox"/> Otra (especifique)		(19) Cuantas veces valoró Ud, u otro profesional la medida del dolor durante los últimos tres meses de vida? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Muy frecuentemente																																																																													
(8) A) Lugar donde falleció el paciente <input type="checkbox"/> En su casa o en la de la familia (comprende los pisos tutelados) <input type="checkbox"/> Residencia (asistida o no asistida) <input type="checkbox"/> Hospital (excluye las uindades de cuidados paliativos) <input type="checkbox"/> Unidad de cuidados paliativos de un hospital <input type="checkbox"/> Otro (especificar) B) Duración de la estancia en el lugar donde falleció (en días; máximo 90 días) C) ¿Era ese el lugar donde le paciente deseaba fallecer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No fue informado		(20) Según su opinión, ¿en que medida el paciente aceptó que el final de su vida se acercaba? <input type="checkbox"/> Sí, completamente <input type="checkbox"/> Sí, mayoritariamente <input type="checkbox"/> No del todo <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No sabe																																																																													
(9) ¿Cuantas veces ingresó el paciente en un hospital (excluye las uindades de cuidados paliativos) durante los últimos 30 días antes de fallecer?: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> 2 o más 9B) En caso de ingreso (excluye las uindades de cuidados paliativos) ¿cuáles fueron los motivos del último ingreso?: (Varias respuestas posibles) <input type="checkbox"/> Deseo del paciente <input type="checkbox"/> Deseo de la familia o persona responsable <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados curativos o para prolongar la vida <input type="checkbox"/> Necesidad de más cuidados paliativos o tratamientos paliativos <input type="checkbox"/> Otro (especificar)		(21) Ha dispensado Ud. cuidados paliativos a este paciente? <input type="checkbox"/> Sí, hasta el fallecimiento <input type="checkbox"/> Sí, pero no hasta el fallecimiento <input type="checkbox"/> No																																																																													
(10) ¿Cuantas veces fue el paciente a las urgencias de un hospital (sin ingresar) durante los últimos 30 días antes de fallecer?: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> 2 o más		(22) ¿Quien se ha ocupado de los cuidados paliativos de este paciente en los últimos tres meses de su vida? (Varias respuestas posibles) <input type="checkbox"/> Equipo de Atención paliativa en domicilio <input type="checkbox"/> Unidad de cuidados paliativos hospitalaria <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos en una residencia de asistidos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No sabe																																																																													
(11) ¿Cuantas veces consultó el paciente (o familiar) o lo visitó en los últimos tres meses? Última semana: veces; Semana 2 a 4: veces por semana; 2º y 3 mes antes de fallecer: veces por mes		} 22b) Indique el número de días transcurridose entre el primer tratamiento paliativo y el fallecimiento días																																																																													
(12) Despues del fallecimiento, ¿ha tenido Ud. contacto con alguno de sus familiares en relación con la atención o consejo sobre el duelo? <input type="checkbox"/> Sí, una vez <input type="checkbox"/> Sí, más de una vez <input type="checkbox"/> No, pero estaba prevista <input type="checkbox"/> No, y no estaba prevista		(23) ¿Que importancia tuvieron los siguientes aspectos de la atención del paciente? 1 = Nada de importancia; 5 = Máxima importancia; ? = Desconocido																																																																													
(13) Valore (con un círculo) en esta escala su impresión sobre el fallecimiento del paciente desde el punto de vista de la paz y tranquilidad No tranquila 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muerte tranquila		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td colspan="6">Última semana</td> <td colspan="6">Última semana</td> <td colspan="6">Última semana</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento curativo</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>?</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>?</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>?</td> </tr> <tr> <td>Prolongar la vida</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>?</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>?</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>?</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento paliativo/confort</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>?</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>?</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>?</td> </tr> </table>			Última semana						Última semana						Última semana						Tratamiento curativo	1	2	3	4	5	?	1	2	3	4	5	?	1	2	3	4	5	?	Prolongar la vida	1	2	3	4	5	?	1	2	3	4	5	?	1	2	3	4	5	?	Tratamiento paliativo/confort	1	2	3	4	5	?	1	2	3	4	5	?	1	2	3	4	5	?
	Última semana						Última semana						Última semana																																																																		
Tratamiento curativo	1	2	3	4	5	?	1	2	3	4	5	?	1	2	3	4	5	?																																																													
Prolongar la vida	1	2	3	4	5	?	1	2	3	4	5	?	1	2	3	4	5	?																																																													
Tratamiento paliativo/confort	1	2	3	4	5	?	1	2	3	4	5	?	1	2	3	4	5	?																																																													
(14) ¿Expresó el paciente sus preferencias acerca del tratamiento médico u otros cuidados que quería o no quería recibir en la fase final de su vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe En caso afirmativo, ¿habló con el paciente de esas preferencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		OBSERVACIONES:																																																																													
(15) Expresó el paciente su deseo sobre quién iba a tomar las decisiones sobre el tratamiento médico u otros cuidados en su lugar, en caso que que el/ella no pudiera hacerlo? <input type="checkbox"/> Sí, por escrito <input type="checkbox"/> Sí, de palabra <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe a) En caso afirmativo. ¿Habló con el paciente de ese deseo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b) Si se dio el caso, ¿fue esa persona consultada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No se dio el caso																																																																															



PROGRAMA DE REGISTRO 2013 (MEDICINA DE FAMILIA)

CALIDAD DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EUROPA

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Se incluirán a los Paciente del cupo de un médico de familia cuyo fallecimiento haya certificado, o del que tenga constancia por otra vía*.
- Edad de 18 años o más en el momento de la defunción.

* Ejemplo: paciente que fallece en el hospital o en una residencia asistida y cuyo certificado se extiende por el médico de la institución, pero que se comunica al médico de familia y se dispone de información sobre el fallecido para completar el cuestionario.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA FICHA:

- Complimente un cuestionario por cada fallecido que cumpla los criterios de la definición. Conserve la copia amarilla y envíe la blanca al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social por los medios habituales.
- Identifique con un número correlativo o el que Ud. desee cada cuestionario. Le servirá para recuperar información en su copia y verificar algún dato en caso necesario.
- Marque cada casilla con una cruz o señale con un círculo el número de la respuesta más adecuada a la pregunta. Escriba con letras mayúsculas aquellas respuestas que así lo requieran.

NIVELES DE CONTACTO

- * Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.
- * Dirección General de Salud Pública. Pº de Zorrilla 1. 47071 VALLADOLID.
- A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcy1.es) Telf.: 983 413753 y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcy1.es) Telf.: 983 412302. Fax: 983 413745