



(TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI)

### DATI ANAGRAFICI

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

LUOGO e DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

MMG \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

### SITUAZIONE FAMILIARE

Paziente solo   
  Supporto sociale scarso o inadeguato   
  Presenza di supporto adeguato   
  Figli minori residenti con il paziente

Persone conviventi con il paziente \_\_\_\_\_

- Familiare di riferimento (**Leader**)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

### PROVENIENZA

Domicilio  Reparto ospedaliero (specificare) \_\_\_\_\_

Struttura Residenziale Territoriale (specificare) \_\_\_\_\_  Hospice (specificare) \_\_\_\_\_

Assistenza Domiciliare già attivata?    NO     ADI     ANT     ADO

### CRITERI DI ELIGIBILITA'

- 1) Paziente affetto da malattia progressiva in fase avanzata non più suscettibile di terapia volta alla guarigione
- 2) Indice di KARNOFSKY (barrare il punteggio dell'indice KPS)

ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' LAVORATIVA	CURA PERSONALE	SINTOMI/SUPPORTO SANITARIO	PUNTEGGIO
COMPLETA	COMPLETA	COMPLETA	COMPLETA	<b>100</b>
DIFFICOLTA' LIEVE	LIEVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE	COMPLETA	SEGNI/SINTOMI MINORI calo ponderale < 5%    calo energie *	<b>90</b>
DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE	DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA (camminare/guidare)	LIEVE DIFFICOLTA'	ALCUNI SINTOMI calo ponderale < 10% calo moderato di energie **	<b>80</b>
INABILE	DIFFICOLTA' MODERATA (si muove prevalentemente in casa)	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI grave calo ponderale > 10%***	ALCUNI SEGNI/SINTOMI (calo grave di energie)	<b>70</b>
	GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE/GUIDARE	DIFFICOLTA' MODERATA - GRAVE	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI grave calo ponderale > 10%***	<b>60</b>
	ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	GRAVE DIFFICOLTA'	SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE paziente ambulatoriale	<b>50</b>
	A LETTO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	LIMITATA CURA DI SE'	ASSISTENZA SANITARIA STRAORDINARIA (per frequenza e tipo di interventi)	<b>40</b>
	INABILE	INABILE	INDICATO RICOVERO OSPEDALIERO/DOMICILIO SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO	<b>30</b>
* SALTUARI Non condizionanti il supporto terapeutico continuativo ** SALTUARI COSTANTI Condizionanti spesso il supporto terapeutico *** COSTANTI O INVALIDANTI Condizionanti il supporto terapeutico			GRAVE COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI VITALI - IRREVERSIBILE	<b>20</b>
			RAPIDA PROGRESSIONE PROCESSI BIOLOGICI MORTALI	<b>10</b>
			DECEDUTO	<b>0</b>

**Motivo di richiesta di ricovero in Hospice:**

- Controllo dei sintomi refrattari
- Impossibilità di attivare l'Assistenza Domiciliare
- Impossibilità di mantenere l'Assistenza Domiciliare
- Sollievo temporaneo alla famiglia
- Cure di fine vita

**DIAGNOSI****QUADRO CLINICO ATTUALE**

- dolore     dispnea     anoressia/cachessia     nausea/vomito     ostruzione intestinale maligna
- astenia     agitazione/delirium     ansia/depressione     altro \_\_\_\_\_

**TERAPIA IN CORSO**

(N.B.: il paziente non deve essere in terapia con farmaci ad esclusivo uso ospedaliero)

- Elastomero            si     no

Paziente non più suscettibile di trattamento specifico Paziente in trattamento chemioradioterapico / altro **DATI CLINICI-ASSISTENZIALI**

- CVC                    si     no             (se SI precisare \_\_\_\_\_)
- CVP                    si     no             (se SI precisare \_\_\_\_\_)
- Sondino naso-gastrico    si     no
- PEG                    si     no
- Nutrizione parenterale totale            si     no
- Nutrizione parenterale periferica            si     no
- Tracheostomia            si     no
- Drenaggi              si     no             (se SI precisare sede: \_\_\_\_\_)
- Stomia cutanea            si     no             (se SI precisare sede: \_\_\_\_\_)
- Ossigeno terapia            si     no
- Materasso antidecubito    si     no
- Catetere vescicale            si     no
- Ausili per la respirazione    si     no

**N.B. SI PREGA DI ALLEGARE ALLA PRESENTE:****Fotocopia Documento d'Identità (non scaduto) - Codice Fiscale - Tessera Sanitaria -**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

Scheda Ingresso Hospice pg.2/2 allegato 1	Data	15 / 02 / 2002
	Rev. 7	23/02/2016