



(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	100
DIFFICOLTA' LIEVE	LIEVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE	COMPLETA	SEGNI/SINTOMI MINORI calo ponderale < 5% calo energie *	90
DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE	DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA (camminare/guidare)	LIEVE DIFFICOLTA'	ALCUNI SINTOMI calo ponderale < 10% calo moderato di energie **	80
INABILE	DIFFICOLTA' MODERATA (si muove prevalentemente in casa)	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI grave calo ponderale > 10%***	ALCUNI SEGNI/SINTOMI (calo grave di energie)	70
	GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE/GUIDARE	DIFFICOLTA' MODERATA - GRAVE	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI grave calo ponderale > 10%***	60
	ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	GRAVE DIFFICOLTA'	SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE paziente ambulatoriale	50
	A LETTO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	LIMITATA CURA DI SE'	ASSISTENZA SANITARIA STRAORDINARIA (per frequenza e tipo di interventi)	40
	INABILE	INABILE	INDICATO RICOVERO OSPEDALIERO/DOMICILIO SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO	30
* 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	20
			RAPIDA PROGRESSIONE PROCESSI BIOLOGICI MORTALI	10
			DECEDUTO	0

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