



(TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI)

DATI ANAGRAFICI

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO e DATA DI NASCITA _____ C.F. _____

RESIDENZA _____ TELEFONO _____

MMG _____ Recapito Telefonico _____

PROVENIENZA

Domicilio Reparto ospedaliero RSA LPA Casa di riposo

Assistenza Domiciliare già attivata? no ADI ANT ADO

Il paziente è consapevole della diagnosi? si no parzialmente

I familiari sono consapevoli della diagnosi si no parzialmente

Il paziente ed i familiari sono stati informati sul concetto di Hospice e di Cure Palliative, e sono consapevoli degli obiettivi di tali cure? Queste comprendono un'assistenza globale per i pazienti affetti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici. Le cure vengono effettuate per i sintomi che causano sofferenza fisica e psicologica, esse implicano che sia evitata ogni forma di accanimento diagnostico (TAC, RMN, ..) o terapeutico (interventi chirurgici, e/o terapie rianimatorie).

si no

Il paziente è consapevole e accetta quanto sopra indicato? si no

I familiari sono consapevoli e accettano quanto sopra indicato? si no

Motivo di richiesta di ricovero in Hospice:

- Impossibilità di attivare / mantenere l'Assistenza Domiciliare
- Sollievo temporaneo alla famiglia
- Sintomo non controllato

CRITERI DI ELEGIBILITA'

(SONO OBBLIGATORI TUTTI I CRITERI)

- Il paziente non può essere sottoposto a trattamenti (chemioterapici, radioterapici, o altro) volti alla guarigione o al rallentamento della malattia
- Il paziente può utilizzare esclusivamente trattamenti palliativi.
- Il paziente non è in fase agonica
- Presenta sintomi o complicanze invalidanti che comportano valori di performance status inferiori o uguali al 50% secondo la scala di Karnofsky.

DIAGNOSI _____

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 _____

QUADRO CLINICO ATTUALE

- dolore dispnea anoressia/cachessia nausea/vomito stipsi ostruzione intestinale maligna
 astenia delirium depressione ansia deficit motoric deficit sensoriali deficit cognitivi
 deficit del linguaggio problemi psichiatrici altro _____

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

DATI CLINICI-ASSISTENZIALI

- CVC si no
- CVP si no
- Elastomero si no
- SNG si no
- PEG si no
- Nutrizione parenterale totale si no
- Nutrizione parenterale periferica si no
- Tracheotomia si no
- Drenaggi si no (se SI precisare sede: _____)
- Stomia cutanea si no (se SI precisare sede: _____)
- Ossigeno terapia si no
- MAD si no
- FOLEY si no

N.B. SI PREGA DI ALLEGARE ALLA PRESENTE:

**Fotocopia Documento d'Identità (non scaduto) - Codice Fiscale - Tessera Sanitaria -
 Certificato di Residenza (non scaduto)**

DATA _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO RICHIEDENTE _____

Scheda Ingresso Hospice	Data	15 / 02 / 2002
	Rev. 5	12 / 08 / 2011