

Scheda di segnalazione per richiesta di ricovero in Hospice

Si richiede la valutazione per ricovero presso il reparto Hospice per il/la

Sig/ra _____

nato/a a _____ Prov _____ il _____

residente a _____ Prov _____ Via _____ n° _____

Codice Fiscale _____ Sesso: M F Tel _____

Cognome e Nome (grado di parentela) e n° di telefono del familiare da contattare:

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela _____ Tel. _____ Cell. _____

MMG Cognome _____ Nome _____ Tel. _____

Diagnosi: _____

Il paziente attualmente è:

Ricoverato presso Ospedale _____ U.O.

Presso il proprio domicilio assistito ADI NO SI

Ricoverato presso altre Strutture Residenziali _____

CRITERI GENERALI DI ELEGGIBILITÀ (tutti i criteri devono essere soddisfatti)

Criterio diagnostico

Presenza di neoplasia in fase evolutiva irreversibile con sopravvivenza stimata \leq di 180 giorni

Ripetizioni: epatiche polmonari encefaliche altro

Presenza di altra patologia cronica non oncologica irreversibile con sopravvivenza stimata \leq di 180 giorni _____

Criterio terapeutico

Assenza o esaurimento di trattamenti elettivi specifici, chirurgici, chemioterapici e/o radioterapici:

Inserimento in Cure di Supporto

Criterio prognostico

Sopravvivenza stimata superiore a 4 settimane e inferiore a 6 mesi

Criterio funzionale

Riduzione delle performance con indice di Karnofsky \leq 50

Indice Karnofsky 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

K 50% Paziente che richiede frequenti cure mediche e spesso assistenza

K 40-30% Paziente inabile, richiede cure continue

K 20% Paziente sempre ricoverato; necessità di supporto

K 10% Paziente moribondo

O ANCHE:

Ricovero di sollievo

Ambiente Familiare o del Domicilio non idoneo alla corretta gestione del Paziente

INFORMAZIONI CLINICHE

Allettamento: NO SI perché _____

Dolore: NO SI sede _____ VAS (0-10) _____

Dispnea: NO SI causa _____ O₂ Terapia: _____

Ventilazione Assistita: NO SI Ventilatore - Tipo _____ Marca _____

Vomito: NO SI caratteristiche _____

Disidratazione: NO SI Ittero: NO SI Ascite: NO SI Edemi declivi: NO SI

Occlusione intestinale: NO SI Stipsi: NO SI Diarrea: NO SI

Agitazione psicomotoria: NO SI Anemia: NO SI valore HB _____

Incontinenza sfinterica: NO SI Versamento Pleurico: NO SI

CVC NO SI sede _____ Port Venoso PICC CVP

Alimentazione: Autonoma SNG PEG NPT Decubiti: NO SI

Nefrostomia: NO SI: DX SN dal _____

Catetere peridurale: NO SI dal _____ Tracheostomia: NO SI

Stato di coscienza: orientato NO SI Necessita di Emotrasfusioni Programmate: NO SI

Infezioni in atto: NO SI Quali _____

Parametri vitali: P.A. _____ F.C. _____ SAT. O₂ % _____ INR _____

La richiesta ha carattere di urgenza? NO SI motivo _____

Il malato è consapevole della diagnosi? NO SI Parzialmente

Il malato è consapevole dell'esito infausto? NO SI Parzialmente

Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato? NO SI Parzialmente

I familiari sono stati chiaramente informati che il malato per il quale è stata fatta domanda di assistenza sarà curato in un Hospice, cioè un Centro per malati terminali affetti da malattia inguaribile dove non verranno effettuate né ulteriori terapie causali per la Sua malattia né manovre rianimatorie, ma solo terapie palliative per i sintomi che causano sofferenza, come ad esempio nausea, decubiti, dolore, disidratazione? NO SI

Problemi clinici attivi: _____

Terapia in atto: _____

Data _____ **Firma e timbro medico** _____