



## Scheda unica di segnalazione e accesso al ricovero in Hospice

### CONDIZIONI DI ELEGGIBILITÀ AL RICOVERO IN HOSPICE

Gli Hospice sono strutture residenziali dedicate a pazienti **non assistibili presso il domicilio**, anche per motivi di ordine sociale, psicologico o ambientale, in fase avanzata e terminale di **una malattia ad andamento irreversibile**, non più suscettibile di trattamenti specifici per la guarigione o per il contenimento della progressione della malattia.

Le prestazioni offerte dagli Hospice si caratterizzano per **limitata tecnologia ma elevata intensità assistenziale**.

Il ricovero è subordinato all'effettuazione del colloquio con il paziente e/o familiari.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso M  F   
Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune Residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ MEDICO CURANTE \_\_\_\_\_

### Composizione del nucleo familiare:

Rappresentante legale _____	Telefono Cell. _____	E mail _____
1° Familiare di riferimento _____ <small>(nome, cognome, grado parentela)</small>	Telefono Cell. _____	E mail _____
2° Familiare di riferimento _____ <small>(nome, cognome, grado parentela)</small>	Telefono Cell _____	E mail _____

### Situazione sociale :

vive solo/a       vive con badante       vive con famiglia       seguito/a dai Servizi Sociali

### Attualmente il paziente si trova :

al proprio domicilio     con CURE PALLIATIVE domiciliari     con ADI     senza ADI

ricoverato presso     Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### Motivazione principale al ricovero in Hospice :

Insufficiente controllo dei sintomi  
 Impossibilità di attuare l'assistenza domiciliare per problematiche sanitarie  
 Impossibilità di attuare l'assistenza domiciliare per problematiche sociali  
 Altro \_\_\_\_\_

**Diagnosi e breve storia clinica della malattia:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Infezioni o colonizzazioni in atto**     NO     SI *(se SI specificare)* \_\_\_\_\_



## Segni e sintomi

- DOLORE                       EMORRAGIA                       DISPNEA                       DELIRIUM/AGITAZIONE  
 DISTRESS PSICO-                       NAUSEA/VOMITO                       DISFAGIA                       STIPSI/DIARREA  
 CACHESSIA                       EDEMA                       RIDUZIONE COSCIENZA                       ALTRO .....

## Presidi/medicazioni

Nutrizione Artificiale:	<input type="checkbox"/> NPT	<input type="checkbox"/> SNG
	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> DIGIUNOSTOMIA
Respirazione:	<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Ventilazione
Eliminazione urinaria:	<input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> Lavaggi vescicali	<input type="checkbox"/> Ureterocutaneostomie <input type="checkbox"/> Nefrostomie
Eliminazione intestinale:	<input type="checkbox"/> Stomie	
Medicazioni:	<input type="checkbox"/> LdP/Vascolari	<input type="checkbox"/> Lesioni chirurgiche <input type="checkbox"/> Lesioni neoplastiche
Presidi vascolari:	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> Port-A-Cath <input type="checkbox"/> PICC
Altro	<input type="checkbox"/> Drenaggi	<input type="checkbox"/> Pace Maker <input type="checkbox"/> Defibrillatore impiantato

**Consapevolezza del paziente:**                       NO                       SI                       parziale                       non rilevabile

**Prognosi quoad vitam** (presumibile):                       < 1 mese                       < 2 mesi                       < 3 mesi                       non valutabile

ECOG		Indice di Karnofsky	
0	Paziente fisicamente attivo, in grado di svolgere la normale attività pre-terapia	100-90	<input type="checkbox"/>
1	Paziente limitato nell'attività massima: può essere seguito in ambulatorio e svolge un lavoro di entità leggera o di tipo sedentario	80-70	<input type="checkbox"/>
2	Paziente che deambula ed è in grado di accudire sé stesso ma incapace di svolgere ogni attività lavorativa. Resta alzato per più del 50% delle ore di veglia	60-50	<input type="checkbox"/>
3	Paziente in grado di accudire sé stesso solo parzialmente e costretto a letto per più del 50% delle ore di veglia	40-30	<input type="checkbox"/>
4	Paziente grave a letto e non in grado di accudire sé stesso	20-10	<input type="checkbox"/>

**Ulteriori informazioni raccolte il giorno** ..... **da:** .....

MMG     Medico Ospedaliero     Referente Dimissioni Protette Ospedaliere     Palliativista     Altro .....

Data ..... Firma /e timbro del compilatore .....

Riferimento Medico proponente ..... Tel/cell. ....

Email .....

"Il trattamento dei dati contenuti nella presente scheda è stato effettuato ai sensi del D. Lgs n. 196/2003"

