

# PROPOSTA RICOVERO IN HOSPICE

Proposta di ricovero in Hospice del

- Medico di Medicina generale  
 Medico ospedaliero

**Protocollo di presa d'atto**

n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

A cura dell'U.O. Cure domiciliari

Dr/Dr ssa \_\_\_\_\_

Tel. amb./rep \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Tel cellulare \_\_\_\_\_

## Per il paziente

Cognome	Nome	Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Data di nascita	/ /	Luogo	
Comune di residenza		Prov.	
Indirizzo		n°	
Tel. abitazione		Tel. cellulare	
Codice Fiscale		ASL di appartenenza	
Distrtto			

Paziente affetto da una malattia progressiva e in fase avanzata, in rapida evoluzione e a prognosi infausta, non più suscettibile di una terapia etiopatogenetica  si  no

Diagnosi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Luogo di provenienza dell'assistito:**

- domicilio senza Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)  
 domicilio con Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)  
 ricoverato presso \_\_\_\_\_

Data segnalazione \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Il Medico**  
(Firma e Timbro)

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

### **Criteria di ammissione all'Hospice**

*(Barrare con una X uno o più criteri)*

- Paziente già inserito nella rete di assistenza domiciliare o proveniente da residenze sanitarie assistenziali o proveniente da reparti ospedalieri. Per i pazienti provenienti dai reparti di rianimazione è necessaria la loro stabilizzazione e l'adattamento ai presidi ventilatori in dotazione.
- Aspettativa di vita presunta del paziente superiore a quattro settimane ed inferiore a sei mesi, in base a indicatori prognostici validati scientificamente (in condizioni non agoniche o preagoniche).
- Elevato livello di necessità assistenziale o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di fragilità (Status Karnofsky  $\leq 50$  o Ecog  $> 2$ ).
- Sintomi non controllabili (almeno temporaneamente) in modo adeguato a domicilio.
- Problematiche emozionali e/o sociali tali da rendere temporaneamente impossibile e/o non opportuna assistenza domiciliare.
- Impossibilità della famiglia ad assistere l'ammalato a domicilio per motivi sanitari, sociali e/o gestionali ambientali con volontà da parte del paziente, espressa a seguito di azione di consenso informato.
- Problematiche di adattamento/controllo/adequamento/supervisione di presidi e strumentazioni necessarie per il controllo di sintomi, non eseguibile in modo adeguato a domicilio.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il medico**  
(Firma e Timbro)

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

### Valutazione Sanitaria

**Presenza di persone che accudiscono il paziente:**

nessuna     badante     familiare     familiare + badante

**Comorbilità:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ipertensione Arteriosa | <input type="checkbox"/> Scompenso Cardiaco           | <input type="checkbox"/> Ictus pregresso       |
| <input type="checkbox"/> Diabete Mellito        | <input type="checkbox"/> IMA pregresso                | <input type="checkbox"/> Malattia Psichiatrica |
| <input type="checkbox"/> Malattie Congenite     | <input type="checkbox"/> Cirrosi                      | <input type="checkbox"/> Allergia              |
| <input type="checkbox"/> Insuff. Renale Cronica | <input type="checkbox"/> Insuff. Respiratoria Cronica | <input type="checkbox"/> Altro _____           |

**Problemi Clinici Attuali**

---

---

---

**Dolore**  
SCALA NUMERICA (NRS)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Localizzazione: \_\_\_\_\_ Irradiazione: \_\_\_\_\_

Terapia in atto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Presidi:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catetere Vescicale     | <input type="checkbox"/> Port-A-Cath/ CVC        | <input type="checkbox"/> Stomia Intestinale |
| <input type="checkbox"/> SNG                    | <input type="checkbox"/> Medicazioni Complesse   | <input type="checkbox"/> Tracheostomia      |
| <input type="checkbox"/> Pace Maker             | <input type="checkbox"/> Ureterostomia           | <input type="checkbox"/> PEG/Digiunostomia  |
| <input type="checkbox"/> Ventilazione Assistita | <input type="checkbox"/> Ventilazione Automatica | <input type="checkbox"/> Altro _____        |

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il medico**  
(Firma e Timbro)

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

## Valutazione dell' Autonomia

### Indice di Barthel

scala di valutazione delle attività della vita quotidiana

Item	A	B	C
Alimentazione			
Abbigliamento			
Toilette personale			
Fare il bagno			
Continenza intestinale			
Continenza urinaria			
Uso dei servizi igienici			
Trasferimenti letto/sedia			
Camminare in piano			
Salire/scendere le scale			

A dipendente; B con aiuto; C autonomo

### Scala di Karnofsky

Gradi	Performance status Karnofsky
100%	Normale, no segni e/o sintomi di malattia.
90%	Capace di svolgere le normali attività, segni e/o sintomi minimi di malattia
80%	Normale attività svolta a fatica; alcuni segni e/o sintomi di malattia.
70%	Capace di accudire la propria persona, incapace di svolgere altre normali attività o lavoro attivo.
60%	Richiede assistenza occasionale, ma capace autonomamente di soddisfare la maggior parte dei propri bisogni.
50%	Richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche.
40%	Disabile, richiede particolari cure ed assistenza
30%	Grave inabilità, ospedalizzazione indicata. Morte non imminente.
20%	Particolarmente defedato, ospedalizzazione indicata. Morte non imminente.
10%	Moribondo, evoluzione rapida e progressiva dei processi "ad exitus".
0%	Morte

### Orientamento Spaziotemporale

Si  No  Non Valutabile

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il medico**

(Firma e Timbro)