

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 ≤ 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)