

## MODULO DI RICHIESTA DI RICOVERO IN HOSPICE

### CRITERI DI ACCESSO:

- Limitata aspettativa di vita, stimata (sulla base di indicatori prognostici validi scientificamente e in base all'esperienza, scienza e coscienza dell'equipe curante) non superiore a 6 mesi
- Elevato livello di necessità e/o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di fragilità.
- Impossibilità di attuare cure domiciliari palliative, per problematiche di tipo sanitario e/o sociale

### DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ SESSO: M  F   
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_ Stato civile: \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di residenza: \_\_\_\_\_  
Via/piazza: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ ASL: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_  
Attuale collocazione: DOMICILIO  OSPEDALE  ADO  ADI  RSA  LUNGODEGENZA   
Specificare luogo collocazione \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

### PARTE RISERVATA AL MEDICO PROPONENTE

Paziente affetto da: \_\_\_\_\_ diagnosticato il: \_\_\_\_\_  
Localmente avanzato: Recidiva:  Sede: \_\_\_\_\_  
Sede metastasi: Osso  Cervello  Polmone  Fegato  Altro: \_\_\_\_\_

Sottoposto ai seguenti trattamenti (specificare tipologia, data e luogo):

Chirurgia: \_\_\_\_\_  
Chemioterapia: \_\_\_\_\_  
Radioterapia: \_\_\_\_\_  
Portatore di catetere venoso centrale: NO  SI  TIPO: \_\_\_\_\_  
Portatore di stomie: NO  SI  TIPO: \_\_\_\_\_  
Portatore di catetere vescicale: NO  SI  TIPO: \_\_\_\_\_  
Portatore di decubiti: NO  SI  TIPO: \_\_\_\_\_

### STATO FUNZIONALE (ECOG)

- Grado 1: paziente limitato nell'attività fisica massima; può essere seguito in ambulatorio e svolgere attività di entità leggera e di tipo sedentario
- Grado 2: paziente ambulatoriale e in grado di accudire a se stesso, ma inabile al lavoro. Resta alzato più del 50 % delle ore di veglia
- Grado 3: paziente in grado di accudire a se stesso solo parzialmente e costretto a letto più del 50% delle ore di veglia
- Grado 4: paziente grave costretto a letto e non in grado di accudire a se stesso

Si alimenta da solo: NO  SI  Parzialmente:

Descrizione del quadro clinico che definisce la situazione di terminalità:

Attesa di vita presunta: <6mesi  >6mesi

Il paziente necessita di trattamento oncologico specifico: NO  SI

Condizioni cliniche attuali: \_\_\_\_\_

Sintomi: Dolore:  Dispnea:  Nausea:  Vomito:  Anoressia:  Astenia:   
Agitazione:  Delirio:  Occlusione intestinale:  Altro: \_\_\_\_\_

Orientamento spazio temporale: Normale:  Alternativo:  Assente:

Stato di coscienza: Normale:  Confusione:  Obnubilato:  Coma:

Mobilità: Autonoma:  Parzialmente dipendente:  Allettato:

Terapia in atto:

Fans e/o adiuvanti:	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	TIPO: _____	POSOLOGIA: _____
Narcotici minori:	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	TIPO: _____	POSOLOGIA: _____
Narcotici maggiori:	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	TIPO: _____	POSOLOGIA: _____
Altro: _____	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	TIPO: _____	POSOLOGIA: _____

Note: \_\_\_\_\_

Conoscenza di diagnosi completa  parziale  nulla   
Conoscenza di prognosi completa  parziale  nulla

Struttura di degenza di provenienza: \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico proponente: \_\_\_\_\_

PARTE RISERVATA ALLA VALUTAZIONE SOCIALE:

Familiare o persona di riferimento

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Rapporto di parentela: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
Recapiti/Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Situazione socio-familiare (descrizione): \_\_\_\_\_

Ruolo dei familiari: Costante e attivo:  Parzialmente attivo:  Occasionale su richiesta:  Inconsistente:

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

