

DISTRETTO Sociosanitario Quartu Parteolla

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: Agitazione: Dispnea: Delirio: Nausea: Occlusione intestinale: Vomito: Altro: _____ Anoressia: Astenia:

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	<input type="checkbox"/>	parziale	<input type="checkbox"/>	nulla	<input type="checkbox"/>
Conoscenza di prognosi	completa	<input type="checkbox"/>	parziale	<input type="checkbox"/>	nulla	<input type="checkbox"/>

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
