

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

Orientamento spazio temporale: Normale: Alterno: 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
