



Segnalazione per richiesta di ricovero

Verifica di congruità

- Hospice
 UCP-Dom (Assistenza Domiciliare)

Programmabilità del ricovero		Motivo prevalente del ricovero	
<input type="checkbox"/> PROGRAMMABILE	<input type="checkbox"/> URGENTE	CLINICO: <input type="checkbox"/> terapeutico per sintomi non controllati	<input type="checkbox"/> definitivo
		NON CLINICO: <input type="checkbox"/> situazione sociale complessa	<input type="checkbox"/> sollievo familiare

Dati anagrafici del paziente

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 Nato a _____ il ___ / ___ / ___ Esenzione _____
 Residenza _____ Prov. ___ Via _____ N° _____ Tel. ___ / _____

Domicilio se diverso dalla residenza: Città _____ Prov. ___ Via _____ N° _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stato civile _____ Professione _____ Scolarità _____
 Medico di famiglia: _____ Tel. ___ / _____ Cell. _____

Persona di riferimento: Cognome _____ Nome _____
 Grado di parentela _____ Tel. ___ / _____ Cell. _____

Attualmente il paziente si trova: Domicilio Ospedale _____
 Reparto _____ Tel. _____
 altro _____

Segnalato da: Medico di famiglia Ambulatorio UCP Familiari Servizi sociali
 Ospedale _____ RSA _____
 Reparto _____ Tel. _____ altro _____

Presenza di persone che accudiscono il paziente:

nessuna badante familiare più familiari (familiare + badante)

Invalidità: sì no in accertamento

Accompagnamento: sì no in accertamento

Situazione abitativa: adeguata inadeguata presenza barriere architettoniche _____

Situazione economica: adeguata inadeguata

Grado di consapevolezza del paziente:

- nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi
 rimuove la diagnosi e la prognosi
 conosce la diagnosi ma ignora la prognosi
 consapevole della terminalità ma non dell'imminenza di morte
 completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

Grado di consapevolezza della famiglia:

- consapevole della diagnosi ma non della prognosi
 consapevole della diagnosi e della prognosi

In base al tipo di richiesta che sta facendo, chi ha Paziente Familiari

scelto l'Hospice/UCP- Dom (assistenza domiciliare)? sì, quali _____ no

Ci sono direttive anticipate da parte del paziente? sì no

Impossibilitato all'accesso sistematico ai servizi: sì no

Dati clinici

Diagnosi:

- Malattia non neoplastica** _____
- Neoplasia:**
- | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vie biliari | <input type="checkbox"/> esofago | <input type="checkbox"/> pancreas | <input type="checkbox"/> testa/ collo | <input type="checkbox"/> colon/retto |
| <input type="checkbox"/> polmone | <input type="checkbox"/> utero | <input type="checkbox"/> emopoietico | <input type="checkbox"/> mammella | <input type="checkbox"/> prostata |
| <input type="checkbox"/> vescica | <input type="checkbox"/> encefalo | <input type="checkbox"/> fegato | <input type="checkbox"/> _____ | |
- Metastasi:**
- | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assenti | <input type="checkbox"/> linfonodali | <input type="checkbox"/> ossee | <input type="checkbox"/> encefaliche | <input type="checkbox"/> peritoneali |
| <input type="checkbox"/> epatiche | <input type="checkbox"/> polmonari | <input type="checkbox"/> _____ | | |
- Comorbidità:**
- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> assenti | <input type="checkbox"/> I.R. acuta | <input type="checkbox"/> I.R. cronica | <input type="checkbox"/> malattia psichiatrica |
| <input type="checkbox"/> arteriopatia | <input type="checkbox"/> BPCO | <input type="checkbox"/> cirrosi | <input type="checkbox"/> depressione |
| <input type="checkbox"/> diabete | <input type="checkbox"/> Ictus pregresso | <input type="checkbox"/> IMA pregresso | <input type="checkbox"/> ipertensione <input type="checkbox"/> _____ |

Accertamenti recenti: _____

Presidi:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> catetere vescicale | <input type="checkbox"/> Pace Maker/ ICD |
| <input type="checkbox"/> ureterostomia/ nefrostomia | <input type="checkbox"/> Port-A-Cath/ CVC/ PICC |
| <input type="checkbox"/> SNG/PEG | <input type="checkbox"/> Tracheotomia |
| <input type="checkbox"/> NPT | <input type="checkbox"/> O2 Terapia |
| <input type="checkbox"/> colostomia | <input type="checkbox"/> medicazioni complesse |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

Sintomi e segni:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> agitazione | <input type="checkbox"/> disuria | <input type="checkbox"/> sindrome mediastinica |
| <input type="checkbox"/> anoressia | <input type="checkbox"/> edemi | <input type="checkbox"/> singhiozzo |
| <input type="checkbox"/> ansia | <input type="checkbox"/> febbre | <input type="checkbox"/> sopore |
| <input type="checkbox"/> astenia | <input type="checkbox"/> grave insufficienza d'organo | <input type="checkbox"/> sonnolenza |
| <input type="checkbox"/> cefalea | <input type="checkbox"/> infezioni cutanee | <input type="checkbox"/> stipsi |
| <input type="checkbox"/> coma | <input type="checkbox"/> insonnia | <input type="checkbox"/> tenesmo |
| <input type="checkbox"/> confusione | <input type="checkbox"/> ipertensione endocranica | <input type="checkbox"/> tremore |
| <input type="checkbox"/> delirio | <input type="checkbox"/> lesioni da decubito | <input type="checkbox"/> tosse |
| <input type="checkbox"/> depressione | <input type="checkbox"/> melena | <input type="checkbox"/> versamento ascitico |
| <input type="checkbox"/> diarrea | <input type="checkbox"/> nausea | <input type="checkbox"/> versamento pleurico |
| <input type="checkbox"/> disfagia | <input type="checkbox"/> prurito | <input type="checkbox"/> vertigine |
| <input type="checkbox"/> disorientamento S/T | <input type="checkbox"/> rantolo | <input type="checkbox"/> vomito |
| <input type="checkbox"/> disidratazione | <input type="checkbox"/> rischio di crisi convulsive | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> dispnea | <input type="checkbox"/> rischio di emorragia | <input type="checkbox"/> _____ |

Terapia in atto: _____

Dolore (scala numerica da 0 a 10)

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

localizzazione: _____

irradiazione: _____

Terapia antalgica: _____

Riservato al personale sanitario: barrare i valori che descrivono le condizioni del paziente

SCALA O INDICE DI KARNOFSKY	
100	Normale, nessun sintomo, non evidenza di malattia.
90	In grado di svolgere attività normale, lievi sintomi o segni di malattia.
80	Attività normale svolta con fatica, qualche segno o sintomo di malattia.
70	Autosufficiente ma incapace di normale attività lavorativa.
60	Necessità di assistenza saltuaria, ma quasi completamente autonomo.
50	Richiede notevole assistenza e frequenti cure mediche.
40	Inabile, necessita di assistenza e cure sociali.
30	In gravi condizioni. È indicata l'ospedalizzazione anche se la morte non è imminente.
20	Molto grave. Necessaria l'ospedalizzazione con intensa terapia di supporto.
10	Preterminale.

Palliative Prognostic Index (PPI)		
Karnofsky performance status	10 20	4
	30 50	2,5
	60	0
Alimentazione	severamente ridotta	2,5
	moderatamente ridotta	1
	normale	0
Edema	presente	1
	assente	0
Dispnea a riposo	presente	3,5
	assente	0
Delirio	presente	4
	assente	0
Totale PPI		

Stima clinica di sopravvivenza in giorni:

<input type="checkbox"/> da 0 a 10	<input type="checkbox"/> fino a 30	<input type="checkbox"/> fino a 60	<input type="checkbox"/> fino a 90	<input type="checkbox"/> oltre 90
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Commenti: _____

Cognome e Nome del Proponente:	

<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Famiglia
Firma:	

Recapito telefonico: ____ / ____	
Data di compilazione: ____ / ____ / ____	

Il presente modulo deve essere compilato accuratamente in ogni sua parte e inviato a uno dei seguenti riferimenti:

E-mail: hospice.infermieri@asst-lariana.it

Fax 031 755368 reparto Hospice

Fax 031 755279 (Ass. *Il Mantello* ONLUS)

Data di ricevimento e-mail/fax ____ / ____ / ____