

SCHEDA SANITARIA PER RICOVERO IN HOSPICE

Cognome Nome _____ età _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ N° _____

N° Telefonico _____

Composizione del nucleo familiare coniuge o convivente figli maggiorenni n° ____/
figli minorenni n° ____ / fratelli n° ____ / altri _____

Familiare di riferimento _____

Indirizzo _____

N° telefonico _____

Provenienza: Domicilio RSA IDR Altro Hospice _____

Ospedale _____ Rep _____

N° Telefonico: ____ / ____ / ____ / Fax _____

Centro specialistico di riferimento _____

_____ Telefono _____

Motivi della richiesta _____

Motivi correlati alla richiesta di ricovero (è possibile barrare più di una casella)

- Controllo dei sintomi fisici
- Difficoltà nella gestione della quotidianità per il peggioramento dell'autonomia funzionale
- Solitudine del paziente o incapacità dei familiari ad assistere il paziente
- Gravi difficoltà psicologiche dei familiari nell'assistere il paziente
- Difficoltà nell'organizzazione dell'ambiente domestico

Diagnosi _____

Diagnosi avvenuta in data ____/____/____/

Giudizio sullo stadio della malattia _____

Malattie concomitanti _____

Il paziente è o sarà informato circa la patologia di cui soffre e della prognosi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Se "no" si prega riferirne il motivo	
Il paziente ha partecipato alla decisione di richiedere il ricovero presso il nostro hospice	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Se "no" si prega riferirne il motivo	

Terapie particolari (in corso o programmate)	Decubiti e medicazioni
<input type="checkbox"/> Nessuna	Lesioni da decubito? No Si
<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale	
<input type="checkbox"/> Nutrizione per sondino NG	<u>Staging decubiti (del più grave)</u>
<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale PEG	<input type="checkbox"/> Superficiale
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> Limitato al sottocute
<input type="checkbox"/> Emodialisi	<input type="checkbox"/> Profondo (necrosi e/o ulcerazione muscolare o del periostio)
<input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale	
<input type="checkbox"/> Radioterapia	
<input type="checkbox"/> Chemioterapia	Altre Medicazioni (specificare)
<input type="checkbox"/> Ventilazione polmonare	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	

CAPACITA' FUNZIONALI DEL PAZIENTE		
Attuale		Evoluzione nell'ultimo mese
	<i>Alimentazione</i>	
<input type="checkbox"/>	Indipendente	<input type="checkbox"/> peggiorata
<input type="checkbox"/>	Ha bisogno di aiuto	<input type="checkbox"/> invariata
<input type="checkbox"/>	Deve essere imboccato	<input type="checkbox"/> migliorata
	<i>Controllo vescicole</i>	
<input type="checkbox"/>	Autonomo	<input type="checkbox"/> peggiorata
<input type="checkbox"/>	Occasionali perdite	<input type="checkbox"/> invariata
<input type="checkbox"/>	Incontinenza	<input type="checkbox"/> migliorata
<input type="checkbox"/>	Catetere a permanenza	
	<i>Deambulazione</i>	
<input type="checkbox"/>	Cammina da solo	<input type="checkbox"/> peggiorata
<input type="checkbox"/>	Cammina con aiuto	<input type="checkbox"/> invariata
<input type="checkbox"/>	Non cammina	<input type="checkbox"/> migliorata
<input type="checkbox"/>	Non valutabile	
	<i>Trasferimenti dal/al letto</i>	
<input type="checkbox"/>	Autonomo	<input type="checkbox"/> peggiorata
<input type="checkbox"/>	Necessario aiuto di una persona	<input type="checkbox"/> invariata
<input type="checkbox"/>	Dipendente da due persone	<input type="checkbox"/> migliorata
	<i>Igiene personale</i>	
<input type="checkbox"/>	Capace di lavarsi mani e faccia	<input type="checkbox"/> peggiorata
<input type="checkbox"/>	Necessita di aiuto	<input type="checkbox"/> invariata
<input type="checkbox"/>	Totale dipendenza	<input type="checkbox"/> migliorata

STATO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE ATTUALE	
Capacità comunicative e collaborazione	Disturbi comportamentali e sintomi psichici
<input type="checkbox"/> Può comunicare su tutti i problemi personali. <input type="checkbox"/> Risponde soltanto a domande semplici. <input type="checkbox"/> La comunicazione è molto compromessa o assente.	<input type="checkbox"/> Confusione Mentale <input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Ansia/Depressione <input type="checkbox"/> Agitazione <input type="checkbox"/> Aggressività <input type="checkbox"/> Agitazione notturna <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia <input type="checkbox"/> Rifiuto dell'assistenza
	Ricoveri per patologia psichiatrica <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tentato Suicidio <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

ECOG-PS (Eastern Cooperative Oncology Group-Performance status)	
0	Capace di condurre una normale attività e una normale vita di relazione, senza alcuna restrizione
1	Capace di condurre un'attività lavorativa leggera, in grado di affrontare cure ambulatoriali.
2	Incapace di condurre un'attività lavorativa, capace di accudire a se stesso e di affrontare cure ambulatoriali; in riposo assoluto per meno del 50% delle ore diurne.
3	Limitato nell'accudire alla propria persona, costretto a letto più del 50% delle ore diurne
4	Totalmente costretto a letto, incapace di accudire a se stesso, necessita di assistenza continua.

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
11.	12.
Uso di pompe ad infusione sottocutanea no si , per quali farmaci	

Data di compilazione _____/_____/_____

Firma e timbro del Medico _____

Si prega allegare la documentazione sanitaria relativa alla patologia o alla condizione di cui è affetto il paziente per la quale si richiede il ricovero. Si rammenta che la documentazione sanitaria è fondamentale per valutare l'appropriatezza del ricovero nel nostro nucleo.