

**UNITA' OPERATIVE CURE PALLIATIVE – HOSPICE**

TEL 06/900.17.236-267 FAX: 06/900.17.314 – 06/905.905.5

RICOVERO

ASSISTENZA DOMICILIARE

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ M  F

Nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_ Medico Curante \_\_\_\_\_

**SITUAZIONE DI CONVIVENZA E SISTEMAZIONE ABITATIVA**

Con chi vive? \_\_\_\_\_ N. locali \_\_\_\_\_ Piano \_\_\_\_\_

Figli minorenni \_\_\_\_\_

Supporto dei Servizi Sociali: sì\_ no\_ Quali ? \_\_\_\_\_

In assistenza con Unità CP Domiciliari \_\_\_\_\_

Quali? \_\_\_\_\_

Attualmente il paziente si trova:  Domicilio  Ospedale (specificare) \_\_\_\_\_

RSA (specificare) \_\_\_\_\_  LUNGODEGENZA \_\_\_\_\_

ADI già attivata?  SI  NO

Numero telefonico reparto/referente struttura \_\_\_\_\_

**FAMILIARI O PERSONE DI RIFERIMENTO**

Indicare: Grado di Parentela, Cognome e Nome, Indirizzo, telefono (compresi cellulari)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MOTIVI DELLA RICHIESTA DI PRESA IN CARICO**

- controllo sintomi fisici
- difficoltà di gestione quotidiana (sollievo temporaneo alla famiglia)
- paziente solo al domicilio
- ambiente attuale non idoneo

**DIAGNOSI**

---

---

---

---

---

**Si dichiara che la malattia di base è progressiva, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi di sopravvivenza limitata, e che ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione non è possibile né appropriata.**

**CONDIZIONI GENERALI**

buone                       mediocri                       scadute

**CONDIZIONI PSICHICHE**

stato cognitivo (orientamento, memoria, ecc)                      integro  alterato   
stato psicoemotivo (ansia/depressione/agitazione)                      integro  alterato   
patologie psichiatriche maggiori                      sì  no   
pregressi tentati suicidi                      sì  no

**SONDE/STOMIE**

---

---

*SUPPORTI RESPIRATORI E/O MECCANICI*

---

---

**CAPACITA' FUNZIONALI**

	autonomo	con aiuto	impossibile
deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lavarsi/vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONTINENZA SFINTERICA**

	completa	parziale	impossibile
urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
feci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
portatore di catetere vescicale		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

note: \_\_\_\_\_

*LESIONI DA DECUBITO* no  si  (grado e sede \_\_\_\_\_)

---

---

**KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS (KPS)**

**PUNTEGGIO:** 10  20  30  40  50  60  70  80  90  100

**TERAPIA MEDICA IN ATTO**

---

---

---

---

**FISIOTERAPIA IN CORSO**

SÌ

NO

Finalità \_\_\_\_\_

**ALTRE TERAPIE IN CORSO O PROGRAMMATE**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> nessuna                | <input type="checkbox"/> nutrizione per SNG | <input type="checkbox"/> nutrizione per PEG |
| <input type="checkbox"/> ossigeno terapia       | <input type="checkbox"/> radioterapia       | <input type="checkbox"/> chemioterapia      |
| <input type="checkbox"/> ventilazione polmonare | <input type="checkbox"/> dialisi            | <input type="checkbox"/> emotrasfusioni     |
| <input type="checkbox"/> altro _____            |   |   |

**IL PAZIENTE E' STATO INFORMATO CIRCA LA PATOLOGIA DI CUI SOFFRE E CIRCA LA PROGNOSI?**

SI  NO per quale motivo? \_\_\_\_\_

Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma, timbro e numero telefonico del medico compilatore**

\_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO**

*Il paziente ed i familiari sono stati chiaramente informati che sarà curato in un Hospice, cioè in un Centro per malati terminali affetti da malattia inguaribile, dove non verranno effettuate ulteriori terapie causali, ma solo per i sintomi che causano sofferenza.*

Firma Paziente/Familiare/Tutore

\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'HOSPICE**

NON IDONEO     IDONEO     IDONEO CON PRIORITA'

NOTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fonte Nuova, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**U.O. Cure Palliative – Hospice  
Il Responsabile**