

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO PRESSO HOSPICE RESIDENZA "SAN PIETRO"

DATI ANAGRAFICI
(da compilarsi a cura del richiedente)

Si richiede l'inserimento presso l' Hospice San Pietro per :

Cognome e nome _____

Nato/a il _____ a _____ prov. _____

Residente a _____ via _____ n° _____

Stato civile _____

Persone di riferimento :

1. Cognome e nome _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

2. Cognome e nome _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

3. Cognome e nome _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

Medico curante _____

Telefono _____

Data _____

Firma del richiedente _____

DATI CLINICI
(da compilarsi da parte del medico curante/inviante)

Paziente attualmente : al proprio domicilio
 ospedale _____
 altro _____

ANAMNESI ONCOLOGICA

Malattia Primitiva : _____

Trattamento terapeutico : RTT CHT Chirurgia
 altro _____

Localizzazioni secondarie : fegato polmoni SNC peritoneo
 scheletro linfonodi altro _____

Patologie croniche concomitanti : ipertensione arteriosa
 cardiopatia ischemica cronica
 vasculopatia cerebrale diabete mellito
 cirrosi epatica BPCO
 altro _____

Sintomi :	assente	lieve	moderato	grave
Dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anoressia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stipsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRESIDI

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> catetere vescicale | <input type="checkbox"/> colostomia | <input type="checkbox"/> urostomia | <input type="checkbox"/> SNG |
| <input type="checkbox"/> catetere venoso centrale | <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> tracheostomia | |
| <input type="checkbox"/> sistema infusionale spinale | <input type="checkbox"/> altro _____ | | |

PERFORMANCE STATUS

Stato di coscienza :

- lucido confuso obnubilato torpido
 altro _____

Orientamento :

- normale parziale alterno assente

Mobilità:

- allettato allettato > 50% allettato < 50% deambulante con ausili
 autonomo I. Karnofsky (0-100) _____

Consapevolezza della diagnosi : presente vaga assente

Consapevolezza della prognosi : presente vaga assente

Prognosi presunta : < 1 mese 1-3 mesi > 3 mesi

Grado ECOG		Gradi corrispondenti di Karnofsky
0	Paziente fisicamente attivo, in grado di svolgere senza restrizioni la normale attività preterapia	<input type="checkbox"/> 90-100%
1	Paziente limitato nell'attività fisica massima; può essere seguito in ambulatorio e svolgere un'attività leggera o di tipo sedentario	<input type="checkbox"/> 80- 90%
2	Paziente ambulatoriale ed in grado di accudire se stesso, ma incapace di svolgere qualsiasi altra attività lavorativa; resta alzato per più del 50% delle ore di veglia	<input type="checkbox"/> 50-60%
3	Paziente in grado di accudire se stesso solo parzialmente e costretto a letto per più del 50% delle ore veglia	<input type="checkbox"/> 30-40%
4	Paziente grave costretto a letto e non in grado di accudire se stesso	<input type="checkbox"/> 10-20%
5	Morto	<input type="checkbox"/> 0%

Firma e timbro del medico compilante _____

Telefono medico compilante _____

SCHEDA SOCIALE

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

- Coniuge/compagno/a
- Figli n° figli _____
- Altro (specificare) _____

RELAZIONE CON LA FAMIGLIA

- Presenza assidua e partecipe
- Presente ma scarsa la relazione
- Presenza discontinua
- Assenza

ASSISTENZA A DOMICILIO

- ADI Assistenza privata

GESTIONE DELLA VITA QUOTIDIANA

- autonoma parzialmente autonoma dipendenza totale

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- | | assente | lieve | moderato | grave |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Confusione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irrequietezza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irritabilità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GIUDIZIO SINTETICO

- Autosufficiente Dipendenza lieve Dipendenza moderata
- Dipendenza grave Dipendenza completa

LEGENDA: CRITERI D'AMMISSIONE IN HOSPICE

TIPOLOGIA DEI PAZIENTI ELIGIBILI PER L'HOSPICE

- Pazienti affetti da patologia neoplastica avanzata
- Aspettativa presunta di sopravvivenza di non superiore ai 6 mesi
- Pazienti che abbiano terminato le terapie causali (chemioterapia, radioterapia)
- Pazienti maggiorenni
- Pazienti con difficoltà ad essere curati al domicilio
- Pazienti soli

CRITERI CLINICI DI AMMISSIONE ALL'HOSPICE

L'inseribilità di un paziente in un programma di cure palliative in Hospice deve fare riferimento anche al suo quadro clinico. Quali criteri clinici di ammissione vengono accettati quelli riportati da Goldstein e collaboratori:

- *Sistema Nervoso Centrale*
 - § Controllo del dolore
 - § Metastasi cerebrali
 - § Meningite carcinomatosa
- *Apparato muscolo scheletrico*
 - § Metastasi ossee dolorose
 - § Fratture patologiche
 - § Compressione midollo spinale
- *Apparato gastro-enterico*
 - § Disidratazione
 - § Malnutrizione
 - § Sindrome anoressia-cachessia
 - § Ascite
 - § Insufficienza epatica
 - § Occlusione intestinale
 - § Enterite da raggi
- *Apparato circolatorio*
 - § Trombosi venosa
- *Aparato respiratorio*
 - § Versamento pleurico, linfangite carcinomatosa, insufficienza respiratoria, infezione delle vie aeree
- *Sistema metabolico*
 - § Ipercalcemia
 - § Iponatriemia
 - § Insufficienza renale ed epatica
- *Sistema neuro-psichico*
 - § *Depressione, confusione, sindrome ansiosa*
- *Sistema cutaneo*
 - § Ulcere da decubito
 - § Erosioni e ulcere da infiltrazione neoplastica
- *Emopoiesi*
 - § Anemia
 - § Crisi ematologiche