



**DOMANDA DI ACCOGLIMENTO PRESSO HOSPICE RESIDENZA "SAN PIETRO"
SOLO PER PAZIENTI RESIDENTI IN LOMBARDIA**

N.B. :Allegare alla presente domanda copia carta d'identità e tessera sanitaria del paziente. In caso di pazienti con cittadinanza straniera allegare copia permesso di soggiorno in corso di validità

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 _____

"SOLIDARIETÀ" S.r.l.

Ente Gestore della Residenza Sanitaria Polifunzionale "San Pietro"

Sede legale Via Mantova 6 – Borgo Virgilio (MN)

Sede operativa Via San Pietro, 28/B - 46043 Castiglione delle Siviere (MN)



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

Paziente attualmente: al proprio domicilio
 ospedale _____
 altro _____

ANAMNESI

Malattia Primitiva: _____

Trattamento terapeutico: RTT CHT Chirurgia
 Altro _____

Localizzazioni secondarie: fegato polmoni SNC peritoneo
(patologia oncologica) 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

- catetere vescicale colostomia urostomia SNG
 catetere venoso centrale PEG tracheostomia
 sistema infusionale spinale 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 <u>attività preterapia</u>	<input type="checkbox"/> 90-100%
1	Paziente limitato nell'attività fisica massima; può essere seguito in ambulatorio e <u>svolgere un'attività leggera o di tipo sedentario</u>	<input type="checkbox"/> 80-90%
2	Paziente ambulatoriale ed in grado di accudire se stesso, ma incapace di svolgere qualsiasi altra attività lavorativa; <u>resta alzato per più del 50% delle ore di veglia</u>	<input type="checkbox"/> 50-60%
3	Paziente in grado di accudire se stesso solo parzialmente e costretto a letto per più <u>del 50% delle ore di veglia</u>	<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 _____



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

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Ex artt. 7, 13 e 26 del D. LGS. 196/2003

Il sottoscritto in calce indicato ai sensi dell'art. 7, art. 13 e art. 26 del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" esprime il proprio consenso al trattamento, all'archiviazione e alla raccolta dei propri dati qualificati come personali, con particolare riguardo a quelli c.d. "sensibili", al fine di permettere la valutazione da parte del medio e l'inserimento in lista d'attesa.

Data _____ Firma del richiedente _____



I criteri di eleggibilità che oggi vengono individuati come necessari per **identificare la fase terminale della vita** del paziente e per decidere l'ammissione ad un programma di cure palliative se contemporaneamente soddisfatti sono:

- **criterio diagnostico:** presenza di neoplasia o altra malattia in fase evolutiva irreversibile; la diagnosi di malattia cronica irreversibile in fase terminale deve essere certificata da un medico esperto;
- **criterio terapeutico:** assenza o esaurimento di tutti i trattamenti curativi specifici volti al controllo della malattia;
- **criterio prognostico:** imminenza della morte, cioè sopravvivenza stimata non superiore a sei mesi in base ad indicatori prognostici validati scientificamente e alla esperienza e coscienza dei curanti;
- **criterio funzionale o sintomatico:** presenza di sintomatologia invalidante con riduzione della performance di almeno il 50% all'indice di Karnofsky. Le difficoltà ad individuare con certezza la durata della vita dei malati, soprattutto per quelli con malattie diverse dal cancro, ha portato alla ricerca ed alla proposta di altri criteri aggiuntivi.

È fondamentale ottenere il **consenso** del paziente e **rispettare le sue volontà**. Nel rispetto dell'autonomia decisionale e del diritto a conoscere la sue condizioni di salute, è opportuno che il paziente, in base alle condizioni cliniche e mnesiche, prima della presa in carico, sia informato della sua inguaribilità o condizione di fine vita perché possa comprendere l'assistenza palliativa che gli verrà offerta ed accettarla.

Anche il **consenso della famiglia** è di fondamentale importanza e gli stessi devono essere informati preventivamente della possibilità di rapidi e improvvisi peggioramenti del loro congiunto e della possibilità, di fronte a sintomi non controllabili con le consuete terapie, che potrebbe essere attuata una sedazione del malato per evitargli inutili sofferenze.

Poiché nella pratica clinica il criterio temporale non è appropriato soprattutto per le malattie non oncologiche, può essere utile che gli operatori sanitari si ponessero quella che viene definita **domanda sorprendente**: "sareste sorpresi se la morte del paziente si verificasse entro sei mesi a causa della patologia da cui è affetto?". Se la risposta è negativa, il malato è un buon candidato per le cure palliative.

L'ingresso in cure palliative, salvo particolari necessità valutate dai responsabili del servizio, non deve avvenire nella fase agonica e preagonica del decorso clinico del malato.