



PROPOSTA DI RICOVERO IN HOSPICE/ADCP

<p>DATI IDENTIFICATIVI PERSONALI</p> <p>Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Luogo di nascita _____ () Data di nascita _____ Residenza _____ () Domicilio _____ Tel. _____ cell _____</p> <p>MMG _____ Tel. MMG _____</p>	<p>STATO FAMILIARE</p> <p><input type="checkbox"/> Familiare di riferimento :</p> <p>Cognome Nome _____ Grado di parentela _____ Recapito Telefonico _____ Domicilio _____ Componenti familiari conviventi _____</p> <p>Caregiver (se diverso dal familiare): si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Nome/cognome/tel. _____</p>
<p>PROVENIENZA</p> <p><input type="checkbox"/> Ha un' A.D. già attivata? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se SI specificare quale _____ <input type="checkbox"/> Reparto ospedaliero <input type="checkbox"/> RSA /Casa di Riposo <input type="checkbox"/> Spec.quale _____</p> <p>MOTIVO di richiesta di ricovero in Hospice</p> <p><input type="checkbox"/> Impossibilità di attivare/mantenere l'AD <input type="checkbox"/> Sollievo temporaneo alla famiglia <input type="checkbox"/> Sintomo non controllato (specificare) _____</p>	<p>CRITERI DI INCLUSIONE</p> <p><input type="checkbox"/> Malattia non passibile di terapia volta alla guarigione, in corso o meno di trattamento palliativo e con almeno un organo vitale compromesso (indicare quale/i): <input type="checkbox"/> cervello, <input type="checkbox"/> cuore, <input type="checkbox"/> polmoni, <input type="checkbox"/> reni, <input type="checkbox"/> fegato/pancreas <input type="checkbox"/> altro _____</p> <p><input type="checkbox"/> Karnofsky ≤ 50</p> <p><input type="checkbox"/> Paziente non in fase agonica/pre-agonica</p>
<p>ANAMNESI R/P</p> <p><input type="checkbox"/> Patologia principale: _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altre patologie : _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Disagi attuali: <input type="checkbox"/> dolore; <input type="checkbox"/> dispnea; <input type="checkbox"/> stipsi <input type="checkbox"/> anoressia/cachessia; <input type="checkbox"/> nausea/vomito; <input type="checkbox"/> ostruzione intestinale maligna; <input type="checkbox"/> astenia; <input type="checkbox"/> insonnia; <input type="checkbox"/> ascite; <input type="checkbox"/> L.D.D. <input type="checkbox"/> altro _____</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia in corso: _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>DATI CLINICO-ASSISTENZIALI</p> <p><input type="checkbox"/> CVC si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CVP si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Elastomero si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SNG si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PEG si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NPT / NE si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NP periferica si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tracheotomia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Drenaggi si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> (se SI precisare sede : _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Stomia cutanea si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> (se SI precisare tipo e sede _____)</p> <p><input type="checkbox"/> O2 terapia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>

<p>○ Infezioni in atto (specificare)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>○ Necessità di emotrasfusioni e/o emocomponenti</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>○ Altro (specificare)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Trattamenti in corso</p> <p>○ CHT si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>○ RT si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>○ CHIRURGIA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>○ ALTRO si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> (SPECIFICARE)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Se si, con quali finalità _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Il paziente è consapevole della propria patologia (diagnosi)? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Il paziente è consapevole della propria prognosi? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	<p>I familiari del paziente sono consapevoli della sua patologia (diagnosi)? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>I familiari del paziente sono consapevoli della sua prognosi? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>
<p>Il/la paziente ed i familiari sono stati informati in modo chiaro ed esaustivo sul fatto che il/la malato/a verrà affidato ad una Struttura / Unità Operativa per il trattamento non volto alla guarigione di malattie non più guaribili ed a prognosi infausta, ma a trattamenti indirizzati al sollievo dei sintomi disturbanti ed al miglioramento della qualità di vita residua. Alcuna terapia volta alla guarigione, non possibile, della patologia di base sarà posta quindi in essere in tale assistenza dal personale dell'U.O. stessa.</p> <p>Cosciente/i di tale informazione che si ritiene esauriente e soddisfacente, presta il proprio consenso all'assistenza proposta ed inoltre, nel rispetto del codice della Privacy per quanto previsto dal D.L.196/2003, autorizza il trattamento dei propri dati personali sia in forma cartacea che elettronica</p> <p>Il/la Paziente (firma)</p> <p>_____</p> <p>Data/luogo</p>	<p>Dichiaro che il/la paziente non è in grado di</p> <p>○ Firmare</p> <p>○ Esprimere il consenso</p> <p>Per il/i seguente/i motivo/i</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Firma del familiare (o chi legalmente preposto)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Relazione di parentela o qualifica</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Eboli, ___ / ___ / ___

Il Medico Richiedente (timbro e firma)