



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

Scheda unica di segnalazione per il ricovero negli Hospice dell'ATS della Brianza

CONDIZIONI DI ELEGGIBILITÀ AL RICOVERO IN HOSPICE

Gli Hospice sono strutture residenziali dedicate a pazienti **non assistibili presso il domicilio**, anche per motivi di ordine sociale, psicologico o ambientale, in fase avanzata e terminale di **una malattia ad andamento irreversibile**, non più suscettibile di trattamenti specifici per la guarigione o per il contenimento della progressione della malattia.

Le prestazioni offerte dagli Hospice si caratterizzano per **limitata tecnologia ma elevata intensità assistenziale**.

Il ricovero è subordinato all'effettuazione del colloquio con il paziente e/o familiari.

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
Luogo e data di nascita _____ Residenza _____ Prov. _____
Via _____ N° _____
CODICE FISCALE _____
MEDICO CURANTE _____

Composizione del nucleo familiare :

Rappresentante legale _____ Telefono _____ E mail _____
1° Familiare di riferimento _____ Telefono _____ E mail _____
(e grado di parentela)
2° Familiare di riferimento _____ Telefono _____ E mail _____
(e grado di parentela)

Situazione sociale :

vive solo/a vive con badante vive con famiglia seguito dai servizi sociali

Attualmente il paziente si trova :

al proprio domicilio con ADI CURE PALLIATIVE
 con ADI senza ADI
 ricoverato presso Ospedale _____ Reparto _____ Tel. _____
 Altro _____ Tel. _____

Motivazione principale al ricovero in Hospice :

Insufficiente controllo dei sintomi
 Impossibilità di attuare l'assistenza domiciliare per problematiche sanitarie
 Impossibilità di attuare l'assistenza domiciliare per problematiche sociali
 Altro _____

Diagnosi e breve storia clinica della malattia:



ISTITUTI
CLINICI
ZUCCHI

Fondazione
Don Carlo Gnocchi
Onlus



Infezioni o colonizzazioni in atto NO SI (se si specificare) _____

Segni e sintomi

CACHESSIA STIPSI/DIARREA DOLORE EMORRAGIA DISFAGIA EDEMA
 DISPNEA DISTRESS PSICO ESISTENZIALE NAUSEA/VOMITO DELIRIUM/AGITAZIONE
 RIDUZIONE DEL LIVELLO DI COSCIENZA ALTRO _____

Presidi/medicazioni

Nutrizione	<input type="checkbox"/> NPT	<input type="checkbox"/> NE : <u>specificare se:</u>	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> DIGIUNOSTOMIA	<input type="checkbox"/> ALTRO :
Respirazione	<input type="checkbox"/> O ₂	<input type="checkbox"/> Ventilazione _____				
Eliminazione urinaria	<input type="checkbox"/> CV	<input type="checkbox"/> Lavaggi vescicali	<input type="checkbox"/> Ureterocutaneostomie	<input type="checkbox"/> Nefrostomie		
Eliminazione intestinale	<input type="checkbox"/> Stomie _____					
Medicazioni	<input type="checkbox"/> LdP/Vascolari	<input type="checkbox"/> Lesioni chirurgiche	<input type="checkbox"/> Lesioni neoplastiche			
Presidi vascolari	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> Port-A-Cath	<input type="checkbox"/> PICC			
Altro _____	<input type="checkbox"/> Drenaggi	<input type="checkbox"/> Pace Maker	<input type="checkbox"/> Defibrillatore impiantabile			

Consapevolezza del paziente: NO SI parziale non rilevabile

Prognosi quoad vitam (presumibile): < 1 mese < 2 mesi < 3 mesi non valutabile

ECOG

Indice di Karnofsky

0	Paziente fisicamente attivo, in grado di svolgere la normale attività pre-terapia	100-90	<input type="checkbox"/>
1	Paziente limitato nell'attività massima: può essere seguito in ambulatorio e svolge un lavoro di entità leggera o di tipo sedentario	80-70	<input type="checkbox"/>
2	Paziente che deambula ed è in grado di accudire se stesso ma incapace di svolgere ogni attività lavorativa. Resta alzato per più del 50% delle ore di veglia	60-50	<input type="checkbox"/>
3	Paziente in grado di accudire sé stesso solo parzialmente e costretto a letto per più del 50% delle ore di veglia	40-30	<input type="checkbox"/>
4	Paziente grave a letto e non in grado di accudire se stesso	20-10	<input type="checkbox"/>

Ulteriori informazioni raccolte il giorno _____ da :

Medico di Medicina Generale Medico Ospedaliero Referente Dimissioni Protette osped Palliativista

Altro _____

Data _____ Firma /e timbro) del compilatore _____

Riferimento Medico proponente _____ tel/cell _____

e mail _____ @ _____

"Il trattamento dei dati contenuti nella presente scheda è stato effettuato ai sensi del D. Lgs n. 196/2003"



ISTITUTI
CLINICI
ZUCCHI

