

Al Direttore Responsabile Del Distretto \_\_\_\_\_  
Al Responsabile U.O. Cure Domiciliari  
Al Responsabile U.O. Cure Palliative e Terapia del Dolore

Oggetto: Ricovero in Centro di Cure Palliative (Hospice)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Del/della sig \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il ricovero in HOSPICE del sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Esprime la propria preferenza per il ricovero nella struttura pubblica o accreditata di cui al D.C.A. n. 158 del 31/12/2012;

Indicare con X una scelta tra:

- Hospice pubblico "Ave Grazia Plena" San Felice a Canello
- Villa Fiorita S.P.A. - via Appia, km 199, località Cammarelle (Fuori Porta Roma) - Capua (CE)
- Hospice Nicola Falde SPÀ, via Murata, S. Maria C.V, (CE)
- Casa di Cura Villa Giovanna, via Vicinale Stazione - Tora e Picilli (CE)

**Allega:**

Richiesta del MMG dott. \_\_\_\_\_

Certificazione sanitaria

Fotocopia documento d'identità e codice fiscale

NJB. I dati contenuti nella presente richiesta, nel rispetto della privacy, saranno trattati esclusivamente dai responsabili designati dai servizi pubblici competenti.

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

# PROPOSTA RICOVERO IN HOSPICE

Proposta di ricovero in Hospice del

- Medico di Medicina generale  
 Medico ospedaliero

**Protocollo di presa d'atto**

n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

*A cura dell'U.O. Cure domiciliari*

Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_

Tel. amb./rep. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_

## Per il paziente

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Sesso</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<b>Data di nascita</b> / /	<b>Luogo</b>	
<b>Comune di residenza</b>	<b>Prov.</b>	
<b>Indirizzo</b>	<b>n°</b>	
<b>Tel. abitazione</b>	<b>Tel. cellulare</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	<b>ASL di appartenenza</b>	
<b>Distrtto</b>		

Paziente affetto da una malattia progressiva e in fase avanzata, in rapida evoluzione e a prognosi infausta, non più suscettibile di una terapia etiopatogenetica  si  no

Diagnosi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Luogo di provenienza dell'assistito:

- domicilio **senza** Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)  
 domicilio **con** Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)  
 ricoverato presso \_\_\_\_\_

Data segnalazione \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Il Medico**  
(Firma e Timbro)

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

## **Criteria di ammissione all'Hospice**

*(Barrare con una X uno o più criteri)*

- Paziente già inserito nella rete di assistenza domiciliare o proveniente da residenze sanitarie assistenziali o proveniente da reparti ospedalieri. Per i pazienti provenienti dai reparti di rianimazione è necessaria la loro stabilizzazione e l'adattamento ai presidi ventilatori in dotazione.
- Aspettativa di vita presunta del paziente superiore a quattro settimane ed inferiore a sei mesi, in base a indicatori prognostici validati scientificamente (in condizioni non agoniche o preagoniche).
- Elevato livello di necessità assistenziale o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di fragilità (Status Karnofsky  $\leq 50$  o Ecog  $> 2$ ).
- Sintomi non controllabili (almeno temporaneamente) in modo adeguato a domicilio.
- Problematiche emozionali e/o sociali tali da rendere temporaneamente impossibile e/o non opportuna assistenza domiciliare.
- Impossibilità della famiglia ad assistere l'ammalato a domicilio per motivi sanitari, sociali e/o gestionali ambientali con volontà da parte del paziente, espressa a seguito di azione di consenso informato.
- Problematiche di adattamento/controllo/adeguamento/supervisione di presidi e strumentazioni necessarie per il controllo di sintomi, non eseguibile in modo adeguato a domicilio.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il medico**  
(Firma e Timbro)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

## Valutazione Sanitaria

### Presenza di persone che accudiscono il paziente:

nessuna     badante     familiare     familiare + badante

### Comorbilità:

Ipertensione Arteriosa     Scompenso Cardiaco     Ictus pregresso  
 Diabete Mellito     IMA pregresso     Malattia Psichiatrica  
 Malattie Congenite     Cirrosi     Allergia  
 Insuff. Renale Cronica     Insuff. Respiratoria Cronica     Altro \_\_\_\_\_

**Problemi Clinici Attuali** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Dolore SCALA NUMERICA (NRS)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Localizzazione: \_\_\_\_\_ Irradiazione: \_\_\_\_\_

**Terapia in atto:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Presidi:

Catetere Vescicale     Port-A-Cath/ CVC     Stomia Intestinale  
 SNG     Medicazioni Complesse     Tracheostomia  
 Pace Maker     Ureterostomia     PEG/Digiunostomia  
 Ventilazione Assistita     Ventilazione Automatica     Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il medico**  
(Firma e Timbro)

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

## Valutazione dell' Autonomia

### Indice di Barthel

scala di valutazione delle attività della vita quotidiana

Item	A	B	C
Alimentazione			
Abbigliamento			
Toilette personale			
Fare il bagno			
Continenza intestinale			
Continenza urinaria			
Uso dei servizi igienici			
Trasferimenti letto/sedia			
Camminare in piano			
Salire/scendere le scale			

A = dipendente; B = con aiuto; C = autonomo

### Scala di Karnofsky

Gradi	Performance status Karnofsky
100%	Normale, no segni e/o sintomi di malattia.
90%	Capace di svolgere le normali attività, segni e/o sintomi minimi di malattia
80%	Normale attività svolta a fatica; alcuni segni e/o sintomi di malattia.
70%	Capace di accudire la propria persona, incapace di svolgere altre normali attività o lavoro attivo.
60%	Richiede assistenza occasionale, ma capace autonomamente di soddisfare la maggior parte dei propri bisogni.
50%	Richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche.
40%	Disabile, richiede particolari cure ed assistenza
30%	Grave inabilità, ospedalizzazione indicata. Morte non imminente.
20%	Particolarmente defedato, ospedalizzazione indicata. Morte non imminente.
10%	Moribondo, evoluzione rapida e progressiva dei processi "ad exitus".
0%	Morte

### Orientamento Spaziotemporale

Si  No  Non Valutabile 

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il medico**

(Firma e Timbro)