



Hospice "My Life"
*Struttura dedicata alle Cure palliative
e di supporto per pazienti oncologici*

CASA DI CURA DI NEPI SRL
Via Cassia Km 37.00 -01036 NEPI (VT)
(Sede legale: Via Val Cannuta, n° 247-00166
ROMA)
Tel. 07615289 Fax: 0761.528400
E-mail: hospice@casadicuranepi.it

P. IVA: 15037481007

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO

Assistenza domiciliare Ricovero

Struttura e/o medico inviante _____

Dati anagrafici del paziente

Cognome _____ Nome _____ Sesso F M

Luogo di nascita _____ data di nascita _____ ASL appartenenza _____

Stato civile _____ CF _____

Residenza in _____ Cittadinanza _____

CAP _____ Città _____ Tel _____

Domicilio _____

N° familiari conviventi >18 anni _____ < 18 anni _____

MEDICO DI BASE _____ TEL. _____

Dati Care Giver

Cognome _____ Nome _____ tel. _____ / _____

Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, familiare o altro): _____

Informativa Preliminare sulle Cure Palliative

Per l'ammissione all'**Hospice** deve essere compilato il seguente questionario insieme ad un parente autorizzato.

Il malato è consapevole della diagnosi? Si No parzialmente

Patologia principale: oncologica non oncologica

Se non oncologica specificare la patologia: _____

Se oncologica specificare il tipo di tumore _____

Stadio: _____

Metastasi:

ossee - specificare la sede _____ polmonari

epatiche altro specificare _____

Altre patologie rilevanti _____

Si dichiara che la malattia di base è progressiva, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi di sopravvivenza limitata, e che ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione non è possibile né appropriata.

Sintomi

(barrare la casella se compaiono i sintomi indicati)

Dispnea	Diarrea	Agitazione	Insonnia	Dispepsia
Confusione	Stipsi	Angoscia	Vertigini	Prurito
Vomito/Nausea	Cefalea	Depressione	Tremori / Mioclonie	Sudorazione
Astenia / Fatica	Delirium	Ansia	Anoressia	Dolore
Tosse	Xerostomia	Sopore	Disfagia	

Dati di interesse clinico-assistenziale

(barrare la casella se sono presenti le specifiche di seguito)

Catetere Venoso centr.	Catetere Vescicale	Versamento Pleurico	Flebo
Catetere venoso perif.	Ureterostomia	Ossigenoterapia	Pca
Port a Cath	Nefrostomia	Sondino nasogastrico	Incontinenza
Ago sottocutaneo	Ano artificiale	Gastrostomia PEG	Piaghe da decubito
Catetere epi / spi	Tracheostomia	Nutriz. Parenterale perif.	Ascite
Elastomero	Drenaggi	Nutriz. Parenterale tot.	

Indicare l'intensità del dolore secondo la scala VAS (inserire un valore da 0 a 10): _____

Indice di Karnofsky:

<input type="checkbox"/>	50 paziente che richiede frequenti cure mediche e può essere alzato per più del 50% della giornata
<input type="checkbox"/>	40 paziente inabile richiede cure continue, allettato per più del 50% del giorno
<input type="checkbox"/>	30 paziente con indicazione al ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio; supporto domiciliare intenso
<input type="checkbox"/>	20 paziente con grave compromissioni di funzione di organi (una o più) irreversibili
<input type="checkbox"/>	10 paziente moribondo

Il paziente necessita di trattamento oncologico palliativo (PALLIATIVE SIMOULTANEOUS CARE) Si No

Se si specificare Tipo e in quale regime viene erogato:

Il paziente necessita di emotrasfusioni? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (Riportare i valori del più recente emocromo completo)							
data		Eritrociti	/mm ³	Emoglobina	g/dl	Ematocrito	%
Leucociti	/mm ³	Neutrofili	%	Linfociti	%	Piastrine	/mm ³

Terapia in atto:

	Farmaco e tipologia di somministrazione	Posologia
1		
2		
3		
4		
5		

Dati socio-ambientali

Eventuali situazioni di particolare disagio sociale

- Malattie invalidanti
- Problemi psichiatrici
- Condizione abitativa insufficiente
- Tossicodipendenza/alcolismo
- Minori a carico
- Indigenza
- Problematiche familiari, sanitarie o sociali gravi

Ruolo dei familiari

- Costante e partecipe
- Parzialmente costante
- Assente

N.B. Sono stato chiaramente informato che il paziente sarà curato da un Hospice, cioè in un Centro per malati terminali affetti da malattia inguaribile, dove non verranno effettuate ulteriori terapie causali, ma solo per i sintomi che causano sofferenza. L'inserimento in lista d'attesa è vincolato dalla valutazione dell'idoneità dell'Azienda U.S.L. territorialmente competente.

ALLEGARE: Carta d'identità, tessera sanitaria, tessera iscrizione al servizio sanitario regionale e documentazione clinica.

Firma del paziente o Familiare Autorizzato/referente

Firma e timbro del medico proponente

Tutti i dati sono tutelati secondo il D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.

DATA _____