



S.S. Hospice

**Modulo Richiesta Ricovero
Utenti residenti in ASL**

Codice: MOD01PrSHosp01

Data: 20 dicembre 2019

Revisione: 2

Pagina 1 di 2

RICHIESTA DI RICOVERO HOSPICE BRA (PAZIENTI RESIDENTI/con domicilio sanitario IN ASL CN2)

INVIARE IL MODULO COMPILATO ALL'INDIRIZZO MAIL hospice@aslcn2.it

Cognome	Nome
data nascita.....	C.F.....
Residenza	Città ☎
Tutore SI NO	Amministratore di sostegno SI NO
Nome e relazione parentale della persona di riferimento:.....	
1°☎.....	2°☎.....
Medico di base Dott.....☎.....	

Setting assistenziale attuale: Ospedale.....Reparto.....
Casa propria Casa di un familiare Struttura Protetta

Tipologia di presa in carico ADI ADI-UOCP Altro

Patologia Neoplastica:.....
METASTASI SI NO Sede.....
SINTOMATICHE SI NO
HA TERMINATO LE TERAPIE CAUSALI ? SI NO Quali: → CT RT CHIRURGIA
Patologia non Neoplastica:.....

KARNOFSKY (0-100)

ATTESA DI VITA PRESUNTA: < 15 gg < 1 mese tra 1 e 4 mesi > 4 mesi

Sintomi: dolore dispnea nausea vomito anoressia astenia
agitazione delirio occlusione intestinale altro

Stato di coscienza: orientato disorientato confuso soporoso

Mobilità: autonoma parzialmente dipendente allettato

Stomie: SI NO tipo..... Tracheostomia: SI NO CVC: SI NO tipo.....

Lesioni da decubito SI NO PEG SI NO

Conoscenza di diagnosi: completa parziale nulla

Conoscenza di prognosi: completa parziale nulla

Ricovero temporaneo? SI NO

Situazione familiare: Assenza del Care giver Esaurimento temporaneo Persistente
 Fragilità (figli minori altri familiari con patologie altro

Allergie SI NO quali.....

Terapia attuale

Ulteriori motivazioni della proposta di ricovero

Data.....

Firma del Medico proponente

TIMBRO

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Si prega di evidenziare il valore numerico rilevato cerchiando o crocettando lo stesso

Sig./ra.....

Capace di esplicare attività normali e di lavorare. Non è necessaria alcuna particolare assistenza	100 ----->	Condizioni di normalità per età e precedenti attitudini del paziente.
	90 ----->	Svolgimento di una normale attività con difficoltà lieve. Lievi sintomi o segni di malattia.
	80 ----->	Attività normale con sforzo. Alcuni sintomi o segni di malattia.
Incapace di attività lavorativa. In grado di vivere a casa e di occuparsi delle proprie necessità personali. E' richiesto un certo grado di assistenza	70 ----->	Inabile ad una normale attività e lavoro. Autosufficiente per la cura personale.
	60 ----->	Necessita di interventi sanitari saltuari (paziente assistibile ambulatorialmente). Non indicazioni al ricovero, se non per motivi assistenziali.
Incapace di accudire a sé. Progressione rapida di malattia. E' proponibile il ricovero	50 ----->	Necessita di interventi sanitari (medico e/o infermieristici) frequenti (una o più visite settimanali). Paziente assistibile anche ambulatorialmente.
	40 ----->	Necessita di assistenza sanitaria straordinaria (per frequenza e tipo di interventi). Capace di una limitata cura personale; costretto a letto per più del 50% della giornata.
	30 ----->	Indicazione a modelli assistenziali adeguati (assistenza domiciliare continuativa, hospice, ospedale), sebbene non si preveda un imminente decesso.
	20 ----->	Grave compromissione di una o più funzioni organiche vitali. Indicazione a modelli assistenziali adeguati (assistenza domiciliare continuativa, hospice, ospedale).
	10 ----->	Rapida progressione di processi biologici mortali.

Data

Il medico valutatore (Firma e Timbro).....