



Italian Hospital Group

**Centro di Cure Palliative in Ricovero e a Domicilio - Hospice**  
Italian Hospital Group

**PROPOSTA di PRESA IN CARICO presso U.O. di CURE PALLIATIVE - Hospice**

ASSISTITO (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_

ASL appartenenza \_\_\_\_\_

N° familiari conviventi > 18 anni \_\_\_\_\_ < 18 anni \_\_\_\_\_

MEDICO DI BASE \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA PRINCIPALE**

Oncologica

non oncologica

**DIAGNOSI** \_\_\_\_\_

Il malato è consapevole della diagnosi? si  no  parzialmente

**METASTASI (se neoplasia):** ossee  epatiche  polmonari  cerebrali  cutanee   
linfonodali  altre

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

Dolore: si  no  non valutabile

Autonomia: si  no  parziale

Trattamenti causali effettuati: CT  RT  altro

Drenaggi: toracico  addominale  altro

Nutrizione artificiale: enterale  parenterale

Decubiti: si  no  sede \_\_\_\_\_

CVC  Stomia

Catetere vescicale  Sondino naso-gastrico

Incontinenza fecale  Incontinenza urinaria

Ossigenoterapia  Elastomero



Italian Hospital Group

## Centro di Cure Palliative in Ricovero e a Domicilio - Hospice

Italian Hospital Group

### SINTOMI:

Ansia  dispnea  stipsi  edemi  confusione  depressione   
Melena  ittero  anoressia  insonnia  sonnolenza  fatica   
Diarrea  vomito  nausea  ascite  vers. Pleurico  altro

### KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS (KPS):

**GRADO** 10  20  30  40  50  60  70  80  90  100

### TERAPIA IN ATTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DATI DI CHI VIVE COL PAZIENTE

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ PARENTELA \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ PARENTELA \_\_\_\_\_

CARE GIVER (persona di riferimento): \_\_\_\_\_

TELEFONI: \_\_\_\_\_

### PERSONE CHE RUOTANO PER L'ASSISTENZA:

Familiare  Assistente domiciliare  Collab. Familiare  Altro

### Situazioni di particolare disagio sociale:

Handicap  tossicodipendenza  alcoolismo

Malattie invalidanti  minori a carico  paziente solo

Situazione abitativa insufficiente  condizioni economiche insuff.

**PROPONENTE:** medico curante  CAD  day hospital  ospedale  altro

**Prima assegnazione programmata:** assistenza a domicilio  assistenza in forma residenziale



Italian Hospital Group

## Centro di Cure Palliative in Ricovero e a Domicilio - Hospice

Italian Hospital Group

NOMINATIVO MEDICO PROPONENTE: \_\_\_\_\_

(Per gli ospedali e le case di cura) DENOMINAZIONE REPARTO \_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE MACROSTRUTTURA (Ospedale, Clinica, etc.) \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico proponente \_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO:** Il paziente ed i familiari sono stati chiaramente informati che sarà curato in un Hospice, cioè un Centro per malati terminali affetti da malattia inguaribile, dove non verranno effettuate ulteriori terapie causali, ma solo per i sintomi che causano sofferenza.

Dichiarazioni o Accettazione come da normativa privacy \_\_\_\_\_

Firma Paziente/Familiare/Tutore \_\_\_\_\_