



U.O.C. HOSPICE RCPD
SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER AMMISSIONE NELLA
RETE DELLE CURE DI SUPPORTO

Procedura
aziendale

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER AMMISSIONE NELLA RETE DELLE CURE DI
SUPPORTO**

(tutti i campi sono obbligatori)

Al Direttore Hospice di Teramo

Si richiede la valutazione per ammissione nella Rete del/lla Sig/ra

.....
nato/a Prov.....) il
residente a via n° (Prov.....)
Tel Cell
Codice Fiscale

Nome e Cognome (grado di parentela) e n° di telefono del familiare da contattare:

Il paziente attualmente è:

ricoverato presso Ospedale U.O.

assistito presso il proprio domicilio

già ricoverato c/o Strutture Residenziali ADI: SI NO

CRITERI GENERALI DI ELEGGIBILITA'

presenza di neoplasia o altra malattia in fase evolutiva irreversibile (*criterio diagnostico*):

Patologia primitiva

Metastasi: epatiche polmonari encefaliche altro

assenza o esaurimento di trattamenti elettivi specifici - chirurgici, chemioterapici e/o radioterapici (*criterio terapeutico*):

trattamenti effettuati: intervento data / /

chemioterapia data sospensione / / 20.....

radioterapia data sospensione / / 20

- sopravvivenza stimata non superiore a 1 anno (criterio prognostico) inserimento in Cure di Supporto

- riduzione delle performance con indice di Karnofsky ≤ 50 (criterio funzionale)

Indice Karnofsky	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

K 100%: Paziente in salute senza segni né sintomi

K 90% : Paziente con segni minori

K 80% : Paziente che svolge attività normale con fatica

K 70% : Paziente incapace di lavorare, può badare a se stesso

K 60% : Paziente incapace di lavorare, richiede assistenza occasionale

K 50% : Paziente che richiede frequenti cure mediche e spesso assistenza

K 40% : Paziente inabile, richiede cure continue almeno per più del 50% del giorno

K 30% : Paziente con indicazione a ricovero ospedaliero o supporto domiciliare intenso

K 20% : Paziente sempre ricoverato; necessità di supporto

K 10% : paziente moribondo



U.O.C. HOSPICE RCPD
SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER AMMISSIONE NELLA
RETE DELLE CURE DI SUPPORTO

Procedura
aziendale

Malattia non neoplastica _____

Consapevole della malattia: SI VAGA NO

Allettamento: NO SI perché _____

Dolore: NO SI sede _____ VAS _____

Dispnea: NO SI causa _____

Vomito: NO SI caratteristiche _____

Disidratazione: NO SI Diuresi _____/die Ittero: NO SI Bilirubina totale _____

Varici Esofagee: NO SI Ascite: NO SI Edemi declivi NO SI

Occlusione intestinale: NO SI Stipsi: NO SI Diarrea: NO SI

Agitazione psicomotoria: NO SI Anemia: NO SI valore HB _____

Incontinenza sfinteriale NO SI Versamento Pleurico NO SI (dx sn)

Drenaggio pleurico NO SI dal _____

CVC NO SI (tipo _____) Port cath PICC CVP

Alimentazione autonoma SNG PEG NPT

Digiunostomia (dal _____) Gastrostomia (dal _____)

Nefrotomia dx sn (dal _____) Ureterostomia dx sn stent sede _____

Catetere peridurale Spinale blocco antalgico sede _____

Tracheotomia NO SI (cannula mod _____ / sostituita – impiantata il _____)

VAM: NO SI (modalità e tipo di apparecchio _____)

Stato di coscienza: orientato SI NO Decubiti NO SI (sede e grado _____)

Parametri vitali: P.A. _____ F.C. _____ SAT. O₂% _____ F.A. NO SI

TAO NO SI (INR _____) Recenti interventi chirurgici _____

La richiesta ha carattere di urgenza NO SI (motivo _____)

Il medico proponente
(firma e timbro)

Tel _____ Fax _____

cell _____

Inviare a: hospice@aslteramo.it

Richiesta inviata in data _____