



ASL CE U.O. di Terapia del dolore, Cure Palliative ed Hospice

Resp. dott. Luigi Nuzzolillo

Tel/fax 0823/445432

e-mail: tdc@aslcaserta1.it

Proposta di ricovero in Hospice

La presente richiesta è finalizzata al ricovero presso l'Hospice di.....

Resp. Dott.

Distretto di appartenenza n°

Motivo del Ricovero: **Clinico** **Non Clinico**

Dati del Paziente

Cognome.....Nome..... Sesso M F

Luogo di nascita.....Data di nascita...../...../.....

Residente avia.....N°.....

Domicilio se diverso dalla residenza Città

viaN°.....Tel.....cellulare.....

Codice Fiscale.....

• Care Giver: CognomeNome.....

Grado di parentela..... Telefono..... cellulare

Attualmente si trova: Domicilio ADI Non ADI

Ospedale di..... Reparto..... Tel/fax.....

Casa di Cura:..... Reparto..... Tel/fax.....

Situazione abitativa:

insufficiente sufficiente mediocre buona presenza barriere architettoniche

Stato socio-economico:

insufficiente sufficiente medio alto

Medico inviante: Palliativista/algologo MMG

Medico Specialista in.....

Luogo.....

Data compilazione...../...../.....

Dati clinici

Scala ESAS da compilare obbligatoriamente barrando per ogni riga il n. corrispondente

	Per niente											Il/la peggiore	
Dolore		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Stanchezza		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nausea		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Depressione		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ansia		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sonnolenza		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inappetenza		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Malessere		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dispnea		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Altro		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

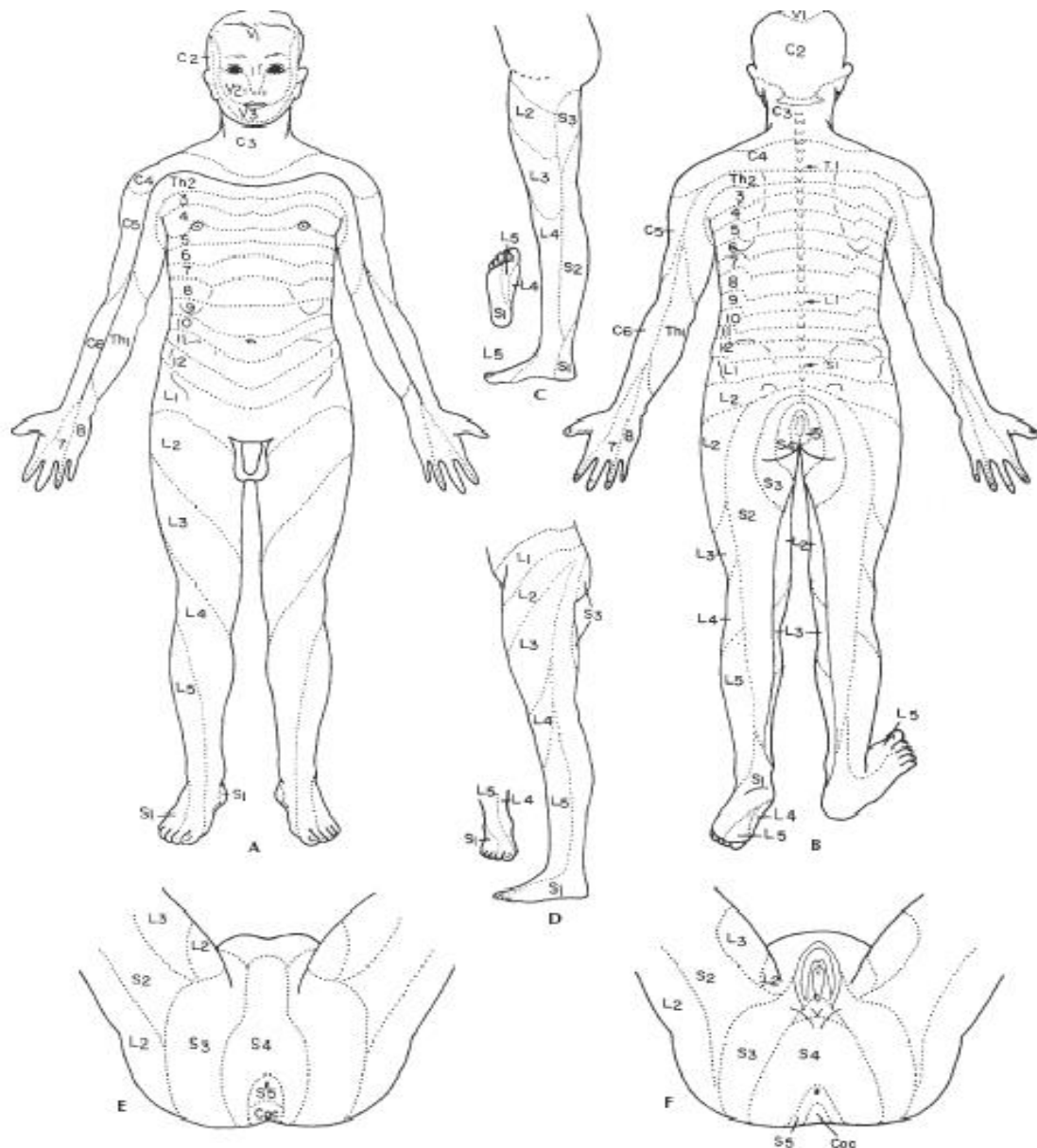
Scala gradi ECOG (compilazione obbligatoria)

ECOG	Descrizione clinica	Karnofsky
0	Pz con normale attività	100-90
1	Paz limitato nell'attività fisica massima. Può svolgere lavoro leggero o sedentario	90-80
2	Paz ambulatoriale in grado di accudire se stesso, incapace di svolgere attività lavorative. Resta alzato per più del 50% delle ore di veglia.	60-50
3	Paz in grado di accudire se stesso solo parzialmente e costretto a letto per più del 50% delle ore di veglia.	40-30
4	Paz grave costretto a letto e non in grado di badare a se stesso	20-10
5	Decesso	0

Indice di Comorbilità **CIRS** da compilare obbligatoriamente per **patologie non oncologiche**

Patologie	Gravità →
1. Patologie cardiache (solo cuore)	① ② ③ ④ ⑤
2. Ipertensione si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente	① ② ③ ④ ⑤
3. Patologie vascolari sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico	① ② ③ ④ ⑤
4. Patologie respiratorie polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe	① ② ③ ④ ⑤
5. Occhi/O.R.L. occhio, orecchio, naso, gola, laringe	① ② ③ ④ ⑤
6. Apparato G.I. superiore esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas	① ② ③ ④ ⑤
7. Apparato G.I. inferiore intestino, ernie	① ② ③ ④ ⑤
8. Patologie epatiche solo fegato	① ② ③ ④ ⑤
9. Patologie renali solo rene	① ② ③ ④ ⑤
10. Altre patologie genito-urinarie ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali	① ② ③ ④ ⑤
11. Sistema muscolo - scheletro - cute muscoli, scheletro, tegumenti	① ② ③ ④ ⑤
12. Patologie S.N.C. e periferico esclusa la demenza	① ② ③ ④ ⑤
13. Patologie endocrine-metaboliche include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici	① ② ③ ④ ⑤
14. Patologie psichiatriche/comport.: demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi	① ② ③ ④ ⑤
Indice di severità del CIRS Media punteggi prime 13 categorie
Indice di severità del CIRS numero di categorie con punteggio ≥ prime 13 cat.

Indicare la localizzazione del dolore



Anamnesi algologia

Quando è iniziato il dolore?	
Come è iniziato?	
Il dolore dove è localizzato?	
Può indicare il tipo di dolore presente?	
Qualcosa lo peggiora?	
Qualcosa lo migliora?	
E' continuo?	
Varia durante il giorno?	
La posizione peggiore è	
E' presente a riposo	

Condizione clinica che ipotizzerà la terminalità

Neoplasia:

- colecisti esofago pancreas testa/collo colon/retto
 fegato polmone utero emopoietico mammella
 prostata vescica encefalo ossa stomaco

Metastasi:

- assenti linfonodali ossee encefaliche peritoneali
 epatiche polmonari

- ≥ 3 ricoveri ospedalieri negli ultimi 6 mesi Albumina sierica < 25 g/l Obesità
 Calo ponderale > 10% negli ultimi 6 mesi Polmonite ab ingestis
 LDD III – IV Stadio Trasfusioni pregresse

Presidi

- Catetere Vescicale Port-A-Cath/ CVC Stomia Intestinali SNG Medicazioni Complesse
 Tracheostomia Pace Maker Ureterostomia PEG/Digiunostomia
 O₂ Terapia Ventilazione Assistita in possesso di Ventilatore Automatico

Sintomi

- Emorragia o elevato rischio emorragico Sindrome mediastinica
 Delirium Uremia sintomatica
 Disfagia Occlusione intestinale
 Crisi comiziali Dispnea a riposo/per sforzi minimi
 Anasarca/ascite refrattaria

Prognosi presunta < 15 gg < 1 mese < 3 mesi ≥ 3 mesi

Terapie in atto: Terapia del dolore NPT/NE Radioterapia Chemioterapia
 Altro

Specificare:
.....
.....

Essendo il paziente in stato di incapacità cognitiva da non poter esprimere il proprio consenso lo stesso viene reso da un familiare (preferibilmente di I° grado). Firma.....

Il presente modulo deve essere compilato **accuratamente in ogni sua parte** e inviato contestualmente per FAX alla scrivente U.O. ed alla Direzione di Distretto appartenente alla residenza del paziente.

Firma e timbro con N° ODM

.....
N° tel del Medico
.....