



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

Resp. dott. Luigi Nuzzolillo

Tel/fax 0823/445432

e-mail: tdcp@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)

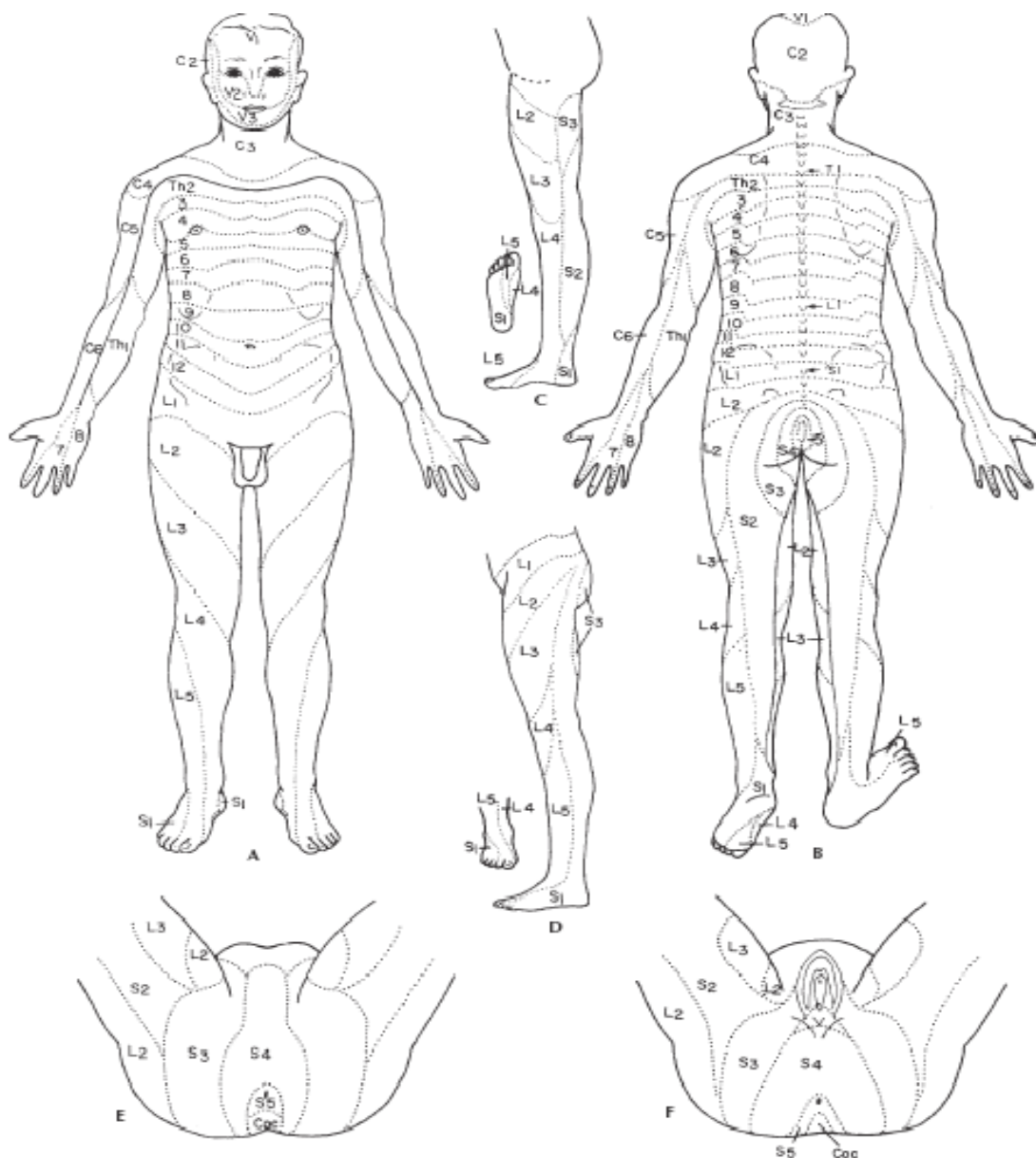
ECOG	Descrizione clinica	Karnofsky
0	Pz con normale attività	100-90
1	Paz limitato nell'attività fisica massima. Può svolgere lavoro leggero o sedentario	90-80
2	Paz ambulatoriale in grado di accudire se stesso, incapace di svolgere attività lavorative. Resta alzato per più del 50% delle ore di veglia.	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	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 \geq prime 13 cat.

Indicare la localizzazione del dolore



Anamnesi algologia

<h3>Anamnesi algologia</h3>	
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

- Apple icons: ≥ 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, Delirium, Disfagia, Crisi comiziali, Anasarca/ascite refrattaria, Sindrome mediastinica, Uremia sintomatica, Occlusione intestinale, Dispnea a riposo/per sforzi minimi

Prognosi presunta Apple icons < 15 gg, < 1 mese, < 3 mesi, ≥ 3 mesi

Terapie in atto: Apple icons 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
.....