



SEGNALAZIONE/PROPOSTA RICOVERO HOSPICE

Tel 0827877333 - Fax 0827877222
hospicebisaccia@aslavellino.it

Modulo 01/HS
Rev 2
Sett. 2018

Proposta di ricovero in Hospice del

- ☐ Medico di Medicina generale
☐ Medico ospedaliero

Protocollo di presa d'atto

n. _____ del _____

a cura del Personale Hospice

Dr/Dr.ssa _____

Tel. amb./rep. _____ Fax _____ Tel. cellulare _____

Per il paziente

Cognome _____ Nome _____ Sesso ☐ f ☐ m
Data di nascita ____/____/____ Luogo _____
Comune di residenza _____ Prov. _____
Indirizzo _____ n° _____
Tel. abitazione _____ Tel. cellulare _____
Codice Fiscale _____ ASL di appartenenza _____

Paziente affetto da una malattia progressiva e in fase avanzata, in rapida evoluzione e a prognosi infausta, non più suscettibile di una terapia etiopatogenetica ☐ si ☐ no

Diagnosi _____

Luogo di provenienza dell'assistito:

- ☐ domicilio **senza** Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)
☐ domicilio **con** Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)
☐ ricoverato presso _____

Data segnalazione ____/____/____

Il medico
(Firma e Timbro)

Nome _____ Cognome _____

Criteri di ammissione all'Hospice

(Barrare con una X uno o più criteri)

- ☐ Paziente già inserito nella rete di assistenza domiciliare o proveniente da residenze sanitarie assistenziali o proveniente da reparti ospedalieri. Per i pazienti provenienti dai reparti di rianimazione è necessaria la loro stabilizzazione e l'adattamento ai presidi ventilatori in dotazione.
- ☐ Aspettativa di vita presunta del paziente superiore a quattro settimane ed inferiore a sei mesi, in base a indicatori prognostici validati scientificamente (in condizioni non agoniche o preagoniche).
- ☐ Elevato livello di necessità assistenziale o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di fragilità (Status Karnofsky ≤ 50 o Ecog > 2).
- ☐ Sintomi non controllabili (almeno temporaneamente) in modo adeguato a domicilio.
- ☐ Problematiche emozionali e/o sociali tali da rendere temporaneamente impossibile e/o non opportuna assistenza domiciliare.
- ☐ Impossibilità della famiglia ad assistere l'ammalato a domicilio per motivi sanitari, sociali e/o gestionali ambientali con volontà da parte del paziente, espressa a seguito di azione di consenso informato.
- ☐ Problematiche di adattamento/controllo/adeguamento/supervisione di presidi e strumentazioni necessarie per il controllo di sintomi, non eseguibile in modo adeguato a domicilio.

Data ____/____/____

Il medico
(Firma e Timbro)

Nome _____ Cognome _____

Valutazione Sanitaria

Presenza di persone che accudiscono il paziente:

☐ nessuna ☐ badante ☐ familiare ☐ familiare + badante

Comorbidità:

☐ Ipertensione Arteriosa ☐ Scompenso Cardiaco ☐ Ictus pregresso
☐ Diabete Mellito ☐ IMA pregresso ☐ Malattia Psichiatrica
☐ Malattie Congenite ☐ Cirrosi ☐ Allergia
☐ Insuff. Renale Cronica ☐ Insuff. Respiratoria Cronica ☐ Altro _____

Problemi Clinici Attuali _____

Dolore SCALA NUMERICA (NRS)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Localizzazione: _____ Irradiazione: _____

Terapia in atto: _____

Presidi:

☐ Catetere Vescicale ☐ Port-A-Cath/ CVC ☐ Stomia Intestinale
☐ SNG ☐ Medicazioni Complesse ☐ Tracheostomia
☐ Pace Maker ☐ Ureterostomia ☐ PEG/Digiunostomia
☐ Ventilazione Assistita ☐ Ventilazione Automatica ☐ Altro _____

Data ____/____/____

Il medico
(Firma e Timbro)

Nome _____ Cognome _____

Valutazione dell' Autonomia

Indice di Barthel

scala di valutazione delle attività della vita quotidiana

Item	A	B	C
Alimentazione			
Abbigliamento			
Toilette personale			
Fare il bagno			
Continenza intestinale			
Continenza urinaria			
Uso dei servizi igienici			
Trasferimenti letto/sedia			
Camminare in piano			
Salire/scendere le scale			

A = dipendente; B = con aiuto; C = autonomo

Scala di Karnofsky

Gradi	Performance status Karnofsky
100%	Normale, no segni e/o sintomi di malattia.
90%	Capace di svolgere le normali attività, segni e/o sintomi minimi di malattia
80%	Normale attività svolta a fatica; alcuni segni e/o sintomi di malattia.
70%	Capace di accudire la propria persona, incapace di svolgere altre normali attività o lavoro attivo.
60%	Richiede assistenza occasionale, ma capace autonomamente di soddisfare la maggior parte dei propri bisogni.
50%	Richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche.
40%	Disabile, richiede particolari cure ed assistenza
30%	Grave inabilità, ospedalizzazione indicata. Morte non imminente.
20%	Particolarmente defedato, ospedalizzazione indicata. Morte non imminente.
10%	Moribondo, evoluzione rapida e progressiva dei processi "ad exitus".
0%	Morte

Orientamento Spaziotemporale

Si ☐ No ☐ Non Valutabile ☐

Data ____/____/____

Il medico

(Firma e Timbro)



DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO CURE PALLIATIVE IN HOSPICE

L'Hospice è una Struttura Residenziale del distretto di Sant'Angelo dei Lombardi ASL Avellino, che accoglie, a totale carico del Sistema Sanitario Regionale, senza nessun onere per l'utente e la sua famiglia, persone affette da malattie inguaribili in fase avanzata o evolutiva.

Le cure palliative rappresentano l'assistenza attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione e assume importanza primaria il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali.

Le cure palliative, focalizzando l'attenzione sulla qualità della vita del malato, sono realizzate da un' équipe multidisciplinare (medici, infermieri, operatori socio-sanitari e assistenziali, psicologa, sociologa, assistente sociale e assistente spirituale) e coinvolgono sia il paziente, sia la sua famiglia.

Il tempo di permanenza presso l'Hospice è predefinito nel Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.) stabilito dall'équipe ad un massimo di 90 giorni. Il paziente, una volta dimesso, ha la possibilità di essere riaccolto in Hospice qualora la situazione clinica lo richiedesse.

L'Hospice, una piccola struttura residenziale con camere singole dotate di poltrona-letto per l'eventuale pernottamento di un parente-accompagnatore, è un luogo adatto a realizzare le cure palliative quando, per scelta del paziente, per motivi clinici, o per condizioni abitative e familiari, l'assistenza continuativa a domicilio non è praticabile, anche temporaneamente. Le caratteristiche strutturali e organizzative dell'Hospice (ampia garanzia di privacy e presenza di spazi comuni, accessibilità della struttura a parenti e amici in tutte le fasce orarie, tutti i giorni, possibilità di cucinare o riscaldare piccoli pasti in loco, estrema flessibilità e personalizzazione delle cure) ricreano un ambiente tranquillo e confortevole, che favorisce il mantenimento delle relazioni sociali e parentali in un clima familiare.

L'Hospice, al contrario dell'ospedale, è un luogo di cura, non di diagnosi. I trattamenti sono diretti al controllo dei sintomi e non a quello della malattia.

CONSENSO INFORMATO PER IL PAZIENTE

Io sottoscritto/adichiaro di aver ricevuto informazioni dettagliate ed esaustive sugli scopi e sul tipo di assistenza che viene offerta presso l'Hospice.

Dichiaro, pertanto, di acconsentire espressamente al mio ricovero presso l'Hospice.

Data

Firma del paziente

OVVERO CONSENSO INFORMATO PER IL FAMILIARE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Io sottoscritto/a

Residente a in via

in qualità di (specificare il grado di parentela o titolo di tutela)

dichiaro di aver ricevuto informazioni dettagliate ed esaustive sugli scopi e sul tipo di assistenza che viene offerta presso l'Hospice.

Dichiaro, pertanto, di acconsentire espressamente al ricovero presso il Pain Control Center Hospice del/la sig./ra (paziente)

Data

Firma del familiare/tutore