

Segnalazione per richiesta di ricovero

Verifica di congruità

☐ Hospice ☐ UCP-Dom (Assistenza Domiciliare)	Motivo prevalente del ricovero CLINICO: ☐ terapeutico per sintomi non controllati ☐ definitivo NON CLINICO: ☐ situazione sociale complessa ☐ sollievo familiare
---	--

Dati anagrafici del paziente																			
Cognome _____	Nome _____	Sesso ☐ M ☐ F																	
Nato a _____	il ____ / ____ / ____	Esenzione _____																	
Residenza _____	Prov. ____	Via _____	N° ____ Tel. ____ / ____																
Domicilio se diverso dalla residenza: Città _____ Prov. ____ Via _____ N° ____																			
Codice Fiscale: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																			
Stato civile _____	Professione _____	Scolarità _____																	
Medico di famiglia: _____	Tel. ____ / ____	Cell. _____																	
Persona di riferimento:	Cognome _____	Nome _____																	
Grado di parentela _____	Tel. ____ / ____	Cell. _____																	

Attualmente il paziente si trova: ☐ Domicilio ☐ Ospedale _____
Reparto _____ Tel. _____
☐ altro _____

Segnalato da: ☐ Medico di famiglia ☐ Ambulatorio UCP ☐ Familiari ☐ Servizi sociali
☐ Ospedale _____ ☐ RSA _____
Reparto _____ Tel. _____ ☐ altro _____

Presenza di persone che accudiscono il paziente:

☐ nessuna ☐ badante ☐ familiare ☐ più familiari (famigliare + badante)

Invalidità: ☐ sì ☐ no ☐ in accertamento

Accompagnamento: ☐ sì ☐ no ☐ in accertamento

Situazione abitativa: ☐ adeguata ☐ inadeguata ☐ presenza barriere architettoniche _____

Situazione economica: ☐ adeguata ☐ inadeguata

Grado di consapevolezza del paziente:

☐ nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi
☐ rimuove la diagnosi e la prognosi
☐ conosce la diagnosi ma ignora la prognosi
☐ consapevole della terminalità ma non dell'imminenza di morte
☐ completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

Grado di consapevolezza della famiglia:

☐ consapevole della diagnosi ma non della prognosi
☐ consapevole della diagnosi e della prognosi

In base al tipo di richiesta che sta facendo, chi ha scelto l'Hospice/UCP- Dom (assistenza domiciliare)?

☐ Paziente ☐ Familiari

Impossibilitato all'accesso sistematico ai servizi:

☐ sì ☐ no

Ci sono direttive anticipate da parte del paziente?

☐ sì, quali _____ ☐ no

Dati clinici

Diagnosi:

☐ **Malattia non neoplastica** _____

☐ **Neoplasia:**

- | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ vie biliari | ☐ esofago | ☐ pancreas | ☐ testa/ collo | ☐ colon/retto |
| ☐ polmone | ☐ utero | ☐ emopoietico | ☐ mammella | ☐ prostata |
| ☐ vescica | ☐ encefalo | ☐ fegato | ☐ _____ | |

☐ **Metastasi:**

- | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ assenti | ☐ linfonodali | ☐ ossee | ☐ encefaliche | ☐ peritoneali |
| ☐ epatiche | ☐ polmonari | ☐ _____ | | |

☐ **Comorbidità:**

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| ☐ assenti | ☐ I.R. acuta | ☐ I.R. cronica | ☐ malattia psichiatrica |
| ☐ arteriopatia | ☐ BPCO | ☐ cirrosi | ☐ depressione |
| ☐ diabete | ☐ Ictus pregresso | ☐ IMA pregresso | ☐ ipertensione ☐ _____ |

Accertamenti recenti: _____

Presidi:

- | | |
|---|---|
| ☐ catetere vescicale | ☐ Pace Maker/ ICD |
| ☐ ureterostomia/ nefrostomia | ☐ Port-A-Cath/ CVC/ PICC |
| ☐ SNG/PEG | ☐ Tracheotomia |
| ☐ NPT | ☐ O2 Terapia |
| ☐ colostomia | ☐ medicazioni complesse |
| | ☐ _____ |

Sintomi e segni:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ agitazione | ☐ disuria | ☐ sindrome mediastinica |
| ☐ anoressia | ☐ edemi | ☐ singhiozzo |
| ☐ ansia | ☐ febbre | ☐ sopore |
| ☐ astenia | ☐ grave insufficienza d'organo | ☐ sonnolenza |
| ☐ cefalea | ☐ infezioni cutanee | ☐ stipsi |
| ☐ coma | ☐ insonnia | ☐ tenesmo |
| ☐ confusione | ☐ ipertensione endocranica | ☐ tremore |
| ☐ delirio | ☐ lesioni da decubito | ☐ tosse |
| ☐ depressione | ☐ melena | ☐ versamento ascitico |
| ☐ diarrea | ☐ nausea | ☐ versamento pleurico |
| ☐ disfagia | ☐ prurito | ☐ vertigine |
| ☐ disorientamento S/T | ☐ rantolo | ☐ vomito |
| ☐ disidratazione | ☐ rischio di crisi convulsive | ☐ _____ |
| ☐ dispnea | ☐ rischio di emorragia | ☐ _____ |

Terapia in atto: _____

Dolore (scala numerica da 0 a 10)

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

localizzazione: _____

irradiazione: _____

Terapia antalgica: _____

Stima clinica di sopravvivenza in giorni:

☐ da 0 a 10	☐ fino a 30	☐ fino a 60	☐ fino a 90	☐ oltre 90
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Commenti: _____

Cognome e Nome del Proponente:

☐ Medico ☐ Famiglia

Firma:

Recapito telefonico: ____ / ____

Data di compilazione: ____ / ____ / ____

Il presente modulo deve essere compilato accuratamente in ogni sua parte e consegnato all'erogatore o inviato ad uno dei seguenti riferimenti:

E-mail:

Fax:

Data di ricevimento e-mail/fax ____ / ____ / ____