

Hospice Santa Francesca Romana in Trastevere

Unità di Cure Palliative e Terapia del Dolore

Via Roma Libera 76 – tel. 06/58303420 – fax 06/58303093

Presidio Territoriale Nuovo Regina Margherita - ASL Roma 1

Via E. Morosini 30 – 00153 – Roma

LA PRESENTE DOMANDA PROVIENE DA:

MEDICO CURANTE

STRUTTURA SANITARIA TERRITORIALE

OSPEDALE

IL/LA PAZIENTE

NATO/A A IL

RESIDENTE A.....IN VIA/PZ.....CAP.....:

ASL.....C F.....RECAPITO TELEFONICO.....:

DIAGNOSI CLINICA

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA RICHIESTA

ASSISTENZA DOMICILIARE

ASSISTENZA RESIDENZIALE

DATA.....

FIRMA e TIMBRO.....

Medico SSN di famiglia del paziente a conoscenza della situazione clinica

Dr. _____ Recapito Telefonico _____

A CURA DELL'HOSPICE

VALUTAZIONE CLINICA

PAZIENTE IDONEO PER L'ASSISTENZA RICHIESTA

PAZIENTE NON IDONEO PER L'ASSISTENZA RICHIESTA

MOTIVAZIONI

DISPOSIZIONI RELATIVE ALLA PRESA IN CARICO _____

DATA _____

IL DIRETTORE MEDICO _____

NULLA OSTA UNITA' VALUTATIVA PRESIDIO TERRITORIALE NUOVO REGINA MARGHERITA

IN ALLEGATO: SCHEDA VALUTAZIONE IDONEITA' ALL'ASSISTENZA CON CONSENSO INFORMATO

Hospice Santa Francesca Romana in Trastevere

Unità di Cure Palliative e Terapia del Dolore
 Via Roma Libera 76 – tel. 06/58303420 – fax 06/58303093
 Presidio Territoriale Nuovo Regina Margherita
 ASL Roma 1 - Via E. Morasini 30 - 0153 - Roma

SCHEMA DI VALUTAZIONE PER ASSISTENZA

DOMICILIARE

RESIDENZIALE

Data di compilazione _____

Cognome e Nome _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n° _____

N° Telefonico _____ COD. FISCALE _____

Familiare / Conoscente di riferimento _____

Indirizzo e Recapiti _____

ASL di appartenenza _____ Credo Religioso _____

Medico di Famiglia _____ Recapito Telefonico _____

Provenienza

DOMICILIO

OSPEDALE / STRUTTURA SANITARIA

ALTRO

STRUTTURA _____

DIAGNOSI	CATEGORIA	
	Oncologico	
	Neurologico	
	Pluripatologie	
	Cognitivo	
	Allettamento	
	Senectus	

CONTESTO FAMILIARE	
Consapevole in grado di fornire assistenza	
Collaborante ma necessita di aiuto	
Consapevole incapace non collaborante	
Non consapevole incapace non collaborante	
Assente nessuno aiuto familiare o esterno	

CONTESTO ABITATIVO	
Idoneo e di piena fruibilità	
Carente in strutture e servizi	
Difficile accesso per barriere architettoniche	
Isolato	
Senza Alloggio	

INDICE DI KARNOFSKY	
Segni o sintomi di malattia avanzati	80
Incapace di normale attività quotidiana,	70
Necessità di assistenza assidua,	60
Notevole incremento di assistenza	50
Assistenza continua e cure sociali.	40
Ospedalizzazione con intensa terapia di supporto	30
Processi di malattia fatali rapidamente progressivi	20
Moribondo, pre-termine.	10

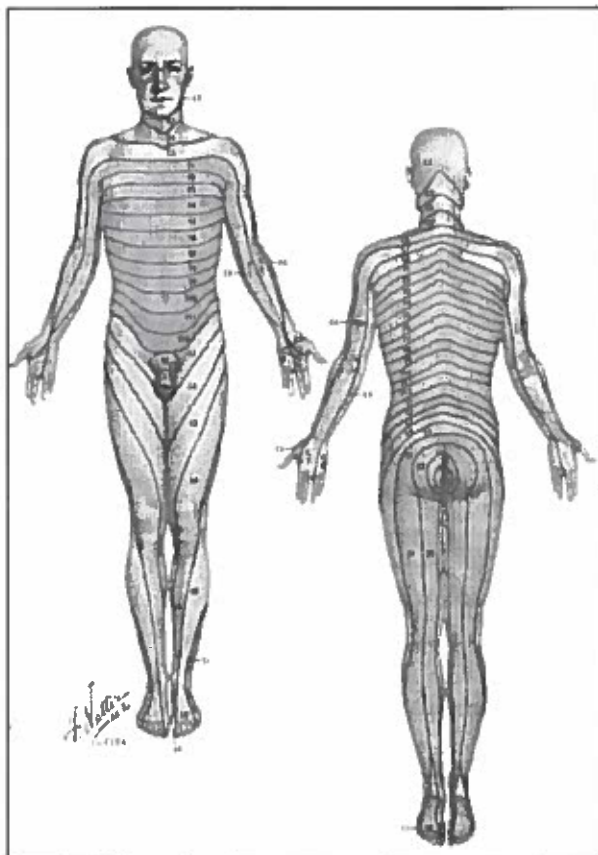
RIPETIZIONI	RIPETIZIONI
Non Valutabili	Vertebro-costali
Cranio /Encefalo	Ossa Lunghe
Oro/Faringe	Bacino
Polmone/pleura	Peritoneo
Gastriche	Vescica
Intestinali	Utero/ovaie
Fegato	Musc.Cutaneo
Rene	Emato/linfop.

PATOLOGIE COLLATERALI	di	RILEVANZA ATTUALE
Patologie cardio - vascolari		Patologie emo - linfopoietiche
Iperensione		Patologie endocrine - metaboliche
Diabete		Patologie muscolo - scheletriche
Patologie respiratorie		Patologie genitali
Patologie O.R.L.		Patologie SNC e SNP
Patologie gastriche		Patologie Psichiatriche
Patologie intestinali		Epatite Virus A
Patologie epatiche		Epatite Virus C
Patologie renali		HIV
Patologie nefrologiche		Altro:

OBIETTIVITA'		MAGGIORI	
Sanguinamento	Ingombro Bronchiale	Ematemesi	Amaurosi
Pallore	Emoftoe / Emottisi	Melena	Ipoacusia
Dispnea	Aritmie Cardiache	Alterazioni Peristalsi	Denutrizione
Cianosi	Disfagia	Ascite	Disidratazione
Versamento pleurico	Singhiozzo	Edemi declivi	Oliguria / Anuria
Tosse	Nausea / Vomito	Deficit Neurologici	Stipsi

DOLORE	SCALA	TERAPIA
Assente		FANS
Nocicettivo	10	Buprenorfina
Penetrante	9	Tramadolo
Gravativo	8	Codeina
Crampiforme	7	Fentanyl tsd
Parossistico	6	Morfina x os
Urente	5	Morfina im - sc
Traffittivo	4	Ossicodone
Idiopatico	3	Idromorfone
Continuo	2	Sedativi/antidepressivi
Incident	1	<i>Dolore controllato</i>
BTPain	0	<i>Dolore non controllato</i>

SEDE



TORACE	CUORE	ADDOME	SISTEMA NERVOSO
Nulla da Segnalare	Toni Ritmici	Nulla da Segnalare	Motilità conservata
Ipofonesi Dx	Toni parafonici	Globoso	Emiparesi Dx
Ipofonesi Sin	Tachicardia	Trattabile	Emiparesi Sn
Rantoli e Crepitii	Bradycardia	Dolente alla palpazione	Para-tetraplegia
Sibili e Fischi	Fibrillazione atriale	Peristalsi torpida	Tremore

LESIONI DA DECUBITO SUPERFICIALI	SACRALI	DORSALI	CALCANEARI	TROCANTERI	CAPO
LESIONI DA DECUBITO SOTTOCUTANEO	SACRALI	DORSALI	CALCANEARI	TROCANTERI	CAPO
LESIONI DA DECUBITO PROFONDE	SACRALI	DORSALI	CALCANEARI	TROCANTERI	CAPO

CATETERE VESCICALE	PEG
NEFROSTOMIA Destra	TRACHEOSTOMIA
NEFROSTOMIA Sinistra	ACC. VEN. PERIFER.
COLOSTOMIA	ACC. VEN. CENTRALE
SONDINO NASOGASTRICO	DRENAGGI ADDOMINALI

Alimentaz./Idratanz.	Igiene personale	Deambulazione	Controllo Sfinteri	Mobiliz. dal /al letto
Autonoma	Autonoma	Autonoma	Autonomo	Autonomo
Ha bisogno di aiuto	Necessita di aiuto	Con aiuto	Incontinenza fecale	Aiuto di una persona
Totale dipendenza	Totale dipendenza	Non cammina	Incontinenza vescicale	Aiuto due persone

CAPACITA' COMUNICATIVE	STATO PSICHICO
E' a conoscenza della sua malattia	Tranquillo
Non è a conoscenza della sua malattia	Ansia / Depressione
Disponibile al colloquio	Confusione Mentale
Non disponibile al colloquio	Allucinazioni
Può comunicare su tutti i problemi personali	Agitazione
Risponde soltanto a domande semplici	Aggressività
La comunicazione è molto compromessa	Insonnia
La comunicazione è assente	Agitazione notturna
Soporoso risvegliabile	Inversione ritmo sonno-veglia
Coma	Rifiuto Assistenza

TERAPIE IN ATTO

1	5
2	6
3	7
4	8
OSSIGENOTERAPIA <input type="checkbox"/>	NUTRIZIONE ENTERALE <input type="checkbox"/> PARENTERALE <input type="checkbox"/>
NOTE	

INFORMATIVA SULLE CURE PALLIATIVE

Nel rispetto dell'autodeterminazione il paziente deve essere messo a conoscenza del programma assistenziale che viene proposto e quindi acconsentire, tuttavia in casi giustificati da esigenze individuali si riceve il consenso da una familiare o da chi abbia un rapporto legalmente esigibile con il paziente.

DICHIARAZIONE DEL CURANTE

Si dichiara che l'attuale stato di malattia non è più suscettibile di ricoveri, ulteriori indagini diagnostiche e cure specifiche.

Il Medico (Firma e timbro) _____

CONSENSO INFORMATO

Io Sottoscritto/a Paziente Familiare di riferimento Altro

- ✓ Dichiaro di aver preso atto che la malattia in oggetto non è più suscettibile di indagini diagnostiche e/o cure specifiche
- ✓ Dichiaro di accettare l'offerta di Cure Palliative
- ✓ Dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato/a sulle modalità assistenziali domiciliari e/o residenziali che vengono erogate con la denominazione Cure Palliative
- ✓ Dichiaro di accettare il piano di assistenza proposto e le procedure inerenti
- ✓ Dichiaro di acconsentire al trattamento di dati personali secondo D.Lgs 196/3

DATA _____

FIRMA _____

Firma e timbro del Medico Compilante

Al fine di valutare l'appropriatezza del ricovero e permettere una rapida valutazione, si invita a compilare la scheda in maniera completa ed esauriente in tutte le sue parti, allegando una relazione sulla patologia del paziente per cui si richiede il ricovero.