

PROPOSTA di PRESA IN CARICO presso UO di CURE PALLIATIVE ubicate nel territorio della ASL FR D

ASSISTITO (cognome e nome) _____
 Stato civile _____ CF _____
 Residenza _____ cittadinanza _____
 Domicilio _____
 CAP _____ Città _____ Tel. _____
 luogo di nascita _____ data nascita _____ età _____
 Numero familiari conviventi > 18 anni _____ < 18 anni _____ ASL appart. _____
 MUNICIPIO _____ MEDICO DI BASE _____
 Tel. _____ FAX _____ MAIL _____

DATI CLINICI DEL PAZIENTE

DIAGNOSI _____

METASTASI (se neoplasia): ossee epatiche polmonari cerebrali cutanee linfonodali altre

Si dichiara che la malattia di base è progressiva, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, e che ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione non è possibile né appropriata.

Dolore: si no non valutabile	CVC:
Autonomia: si no parziale	Esterno Port a cath PICC
Trattamenti causali: CT RT altro	Midline
Drenaggi: toracico addominale altro	STOMIA
Nutrizione artificiale: enterale parenterale	CATETERE VESCICALE
Decubiti: si no sede _____	S.N.G. INCONTIN. FECALE
_____	INCONTIN. URINARIA
_____	OSSIGENOTERAPIA
Ansia dispnea stipsi edemi	confusione depressione
Melena ittero anoressia insonnia	sonnolenza fatica
Diarrea vomito nausea ascite	versamento pleurico altro

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS (KPS):

GRADO 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

PROPOSTA di PRESA IN CARICO presso UO di CURE PALLIATIVE ubicate nel territorio della ASL FR D

Legenda per Karnofsky	
Normale, non evidenza di malattia	100
Svolge attività normale, modesti segni di malattia	90
Attività normale con sforzo, qualche segno di malattia	80
Inabile al lavoro, può accudire se stesso	70
Richiede solo occasionalmente assistenza	60
Richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche	50
Non può accudire se stesso	40
Molto compromesso,; è indicata l'ospedalizzazione per quanto la morte non sia imminente	30
Molto grave, ospedalizzazione necessaria; necessario trattamento attivo di supporto	20
Moribondo, stato agonico	10

DATI DI CHI VIVE COL PAZIENTE

NOME E COGNOME _____ PARENTELA _____

NOME E COGNOME _____ PARENTELA _____

PER LA PRIMA VISITA CONTATTARE: _____

TELEFONI: _____

PERSONE CHE RUOTANO PER L'ASSISTENZA

Familiare _____ telefono _____

Assistente dom. Collab. Famil. Altro

Situazioni di particolare disagio sociale

Handicap tossicodipendenza alcoolismo
Malattie invalidanti minori a carico paziente solo
Situazione abitativa insufficiente condizioni economiche insuff.

Terapia			

PROPONENTE: medico curante	CAD	day hospital	ospedale
altro	_____		
STRUTTURA PRESCELTA DAL PAZIENTE:			

Prima assegnazione programmata: assistenza a domicilio assistenza in forma residenziale			

PROPOSTA di PRESA IN CARICO presso UO di CURE PALLIATIVE ubicate nel territorio della ASL FR D

NOMINATIVO MEDICO PROPONENTE: _____
MEDICO REFERENTE ¹ _____
(Per gli ospedali e le case di cura) DENOMINAZIONE REPARTO _____
DENOMINAZIONE MACROSTRUTTURA(Ospedale, Clinica, etc.) _____
telefono _____ fax _____
Firma e timbro del medico proponente

CONSENSO DEL PAZIENTE/FAMILIARE

Io sottoscritto/a Sig/ra.....nato a..... il....., correttamente e completamente informato dal Dott.....acconsento di essere ricoverato presso la struttura Hospice
Data
Firma

Essendo il paziente in stato di incapacità tale da non poter prestare tale consenso, lo stesso viene reso dal familiare (preferibilmente parenti di I grado) Sig/ra:
Nome e Cognome in stampatello
Grado di parentela
Data
Firma

¹ Indicare se della stessa Unità Operativa, ma diverso dal medico proponente.