

REGIONE PUGLIA - Azienda Sanitaria Locale LECCE

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. _____

Pia Fondazione di Culto e di Religione "Card. G. Panico"

HOSPICE CASA DI BETANIA

Via L. Ariosto, Tricase (LE), CAP 73039 - FAX 0833 773884 - Tel. 0833 773111
Sito web: www.piafondazionepanico.it e-mail: casabetaniahospice@piafondazionepanico.it

MODULO DI RICHIESTA DI RICOVERO IN HOSPICE

Si prega di compilare in modo leggibile e in STAMPATELLO

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____ Sesso F , M ,
Codice fiscale _____ Data di nascita _____ Stato civile _____
Luogo di nascita _____ Luogo di Residenza _____
Via/Piazza _____ nr. _____ CAP _____
Telefono _____ Cell. _____ e-mail _____
Medico di Medicina Generale _____ ASL _____
Telefono _____ Cell. _____ e-mail _____
Attuale collocazione: Domicilio Ospedale ADO ADI RSA Lungodegenza
Specificare luogo collocazione: _____
Telefono _____ FAX _____ e-mail _____

PARTE RISERVATA AL MEDICO PROPONENTE:

Paziente affetto da: _____ Diagnosticato il: _____
Localmente avanzato Recidiva Sede: _____
Sede metastasi: Osso Cervello Polmone Fegato Altro: _____
Sottoposto ai seguenti trattamenti: (specificare tipologia, data e luogo):
Chirurgia: _____
Chemioterapia: _____
Radioterapia: _____
Portatore di catetere venoso centrale: NO SI Tipo: _____
Portatore di stomie: NO SI Tipo: _____
Portatore di catetere vescicale: NO SI Tipo: _____
Portatore di decubiti: NO SI Tipo: _____
Stato funzionale (ECOG):
 Grado 1: pz limitato nell'attività fisica massima; può essere seguito in ambulatorio e svolgere di entità leggera e di tipo sedentario
 Grado 2: pz ambulatoriale e in grado di accudire a se stesso, ma inabile al lavoro. Resta alzato più del 50% delle ore di veglia
 Grado 3: pz in grado di accudire a se stesso solo parzialmente e costretto al letto più del 50% delle ore di veglia
 Grado 4: pz grave e costretto a letto e non in grado di accudire a se stesso
Si alimenta da solo NO SI Parzialmente
E' orientato NO SI Parzialmente

Descrizione del quadro clinico che definisce la situazione di terminalità:

Il paziente necessita di trattamento oncologico specifico? NO SI

Condizioni cliniche attuali: _____

Sintomi emergenti: _____

Terapia antalgica in atto:

FANS e/o adiuvanti: NO SI Tipo: _____ Posologia: _____

Narcotici minori: NO SI Tipo: _____ Posologia: _____

Narcotici maggiori: NO SI Tipo: _____ Posologia: _____

Note: _____

Timbro e Firma del Medico proponente (MMG o Specialista):

Struttura di degenza di provenienza:

PARTE RISERVATA ALLA FAMIGLIA:

Familiare o Persona di riferimento:

Cognome: _____ Nome: _____

Tipo parentela o riferimento: _____ Tel.: _____ Cell: _____

Recapiti/indirizzo: _____

Situazione socio-familiare: (descrizione) _____

Ruolo dei familiari: Costante e attivo Parzialmente attivo Occasionale su richiesta Inconsistente

Firma per consenso del Paziente o del familiare: _____

I dati forniti sono tutelati ai sensi della legge 196/2003 sulla "privacy"

PARTE RISERVATA ALL'UNITA' VALUTATIVA:

Data, _____

Il paziente, in base alla valutazione della scheda clinica, compilata dal medico proponente, viene ritenuto:

Idoneo al ricovero in Hospice Non Idoneo all'Hospice Da rivalutare Altro:

Motivazione: _____

Medico DSS Gagliano del Capo:

Responsabile sanitario Hospice:

Autorizzazione DSS di residenza del paziente: SI NO

Data, _____

Timbro e firma: