



FONDAZIONE SACRA FAMIGLIA

ONLUS

La famiglia che aiuta le famiglie

Hospice "Sacra Famiglia"
Via Boccaccio 18 Inzago (MI)
Tel . 02-954396
Fax. 02-95439669

SCHEDA DI RICHIESTA DI INGRESSO

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome..... Nome..... Sesso.....

Nato a il.....

Cittadinanza

Residenza..... Indirizzo.....

Telefono.....

Domicilio (se diverso dalla residenza).....

Indirizzo.....

Stato civile..... Scolarità.....

Professione..... Religione.....

Nome, grado di parentela e recapito telefonico del familiare di riferimento

.....

Indirizzo del familiare di riferimento : Via/Piazza.....N° CIV.....

CAP..... COMUNE.....PROV.

Contatto mail del familiare di riferimento.....

Rappresentante legale: Tutela Curatela Amministrazione di sostegno

Procura Nessuna

Nominativo e recapito telefonico del rappresentante legale

.....

- PROVENIENZA del paziente: Domicilio dell'assistito con cure palliative attive
- Domicilio dell'assistito senza cure palliative domiciliari attive
- Trasferito da ospedale pubblico
- Inviato dal Servizio sociale
- Inviato dal MMG
- utente/famiglia

Altro

POSIZIONE SANITARIA DEL PAZIENTE

Codice fiscale..... Tessera sanitaria.....

Esenzione per patologia..... Esenzione per invalidità.....

Domanda di Invalidità civile presentata il.....% INV.....

Firma del richiedente

SCHEDA SANITARIA (compilazione a cura del medico di riferimento)

Attualmente la persona si trova:

Domicilio

Ospedale (specificare ospedale, reparto e medico di riferimento)

.....

Altro (specificare).....

.....

Paziente oncologico: SI NO

Diagnosi:.....
.....
.....
.....
.....

Data della diagnosi della patologia principale:.....

Estensione della malattia oncologica:

a- Primitività rimossa: SI NO

b- Recidiva: SI NO

c- Secondarismi:

	SI	NO	Sede
Cerebrali			
Addominali			
Linfonodali			
Polmonari			
Ossei			
Epatici			
Altro			

Sierologia: HCV si no HBsAg si no HIV si no

Trattamenti effettuati:

Chirurgia:.....
.....
.....

Chemioterapia:.....
.....
.....

Radioterapia:.....
.....
.....

Comorbidità:.....
.....
.....
.....

Allergie:.....
.....

Grado di consapevolezza del paziente oncologico:

E' informato di essere affetto da malattia neoplastica? (segnalare la situazione di interesse)

1- Sa di avere altra malattia (specificare)
.....
.....
.....

2- Sa di avere avuto un tumore ma attualmente di soffrire di altro (specificare)
.....
.....
.....

3- Sa di avere un tumore e di soffrire di tale malattia ma non è al corrente della prognosi

4- Sa di avere un tumore, di soffrire di tale malattia, di essere al corrente della prognosi ma non della terminalità

5- Sa di avere un tumore, di soffrire di tale malattia, di essere al corrente sia della prognosi che della terminalità

Sa che cos'è un Hopsice? Si No

Autonomia nella vita quotidiana: (evidenziare quanto di interesse)

- 1- Autonomo
- 2- Parzialmente dipendente
- 3- Totalmente dipendente

GRADO DI AUTONOMIA:

Legenda: A: dipendente
B: parzialmente dipendente
C: autonomo

ADL	A	B	C
Igiene personale (barba, denti, faccia)	0	0	5
Bagno/doccia	0	0	5
Alimentazione (compreso tagliarsi la carne)	0	5	10
Abbigliamento (incluso scarpe e lacci)	0	5	10
Continenza intestinale	0	5	10
Continenza urinaria (catetere=0)	0	5	10
Spostarsi da letto a sedia e viceversa	0	10	15
Montare e scendere dal WC, pulirsi	0	5	10
Salire e scendere le scale	0	5	10
Deambulazione in piano, spostamenti in carrozzina	0	10	15
Punteggio totale:			

EGOG		KARNOFSKY	
0	Paziente fisicamente attivo, in grado di svolgere senza restrizioni la normale attività preterapia	100-90	
1	Paziente limitato nell'attività fisica massima; può essere seguito in ambulatorio e svolgere un lavoro di entità leggera o di tipo sedentario	80-90	
2	Paziente ambulatoriale ed in grado di accudire se stesso, ma incapace di svolgere ogni attività lavorativa. Resta alzato per più del 50% delle ore di veglia	60-50	
3	Paziente in grado di accudire se stesso solo parzialmente e costretto a letto per più del 50% delle ore di veglia	40-30	
4	Paziente grave costretto a letto e non in grado di accudire se stesso	20-10	
5	Morto	0	

Presenza di medicalizzazione: SI NO

Tipo Medicalizzazione	SI	NO	Data posizionamento o sostituzione, esecuzione	note
Catetere vescicale				
Tracheotomia				
Enterotomia				
Uretero-cutaneostomia				
Drenaggio biliare esterno				
Drenaggio chirurgico				
SNG				
CVC				
Idratazione artificiale				
Nutrizione parenterale				
Nutrizione enterale				
Paracentesi				
Toracentesi				
Emotrasfusione				
Altro				

Therapy Impact Questionnaire:

	NO	UN PO'	MOLTO	MOLTISSIMO
Dolore				
Mal di testa				
Insonnia				
Problemi nel dormire				
Sonnolenza				
Vertigini				
Tremori				
Confusione				
Debolezza				
Stanchezza				
Mancanza di appetito				
Bocca asciutta				
Difficoltà ad inghiottire				
Nausea				
Vomito				
Dolore di stomaco				
Difficoltà a digerire				
Diarrea				
Stitichezza				
Singhiozzo				
Tosse				
Difficoltà a respirare				
Sudorazione				
Prurito				
Altro				

Area cognitiva:

Presenza di disturbi cognitivi SI NO

Se si:

- 1- Lievi
- 2- Moderati
- 3- Gravi

Area Comportamentale:

Presenza di disturbi del comportamento SI NO

Se si:

- 1- Lievi
- 2- Moderati
- 3- Gravi

Stato mentale:

Presenza di alterazione: SI NO

Se si:

- 1- Agitazione
- 2- Allucinazioni/delirium
- 3- Sopore
- 4- Stato comatoso

Terapia in atto:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Allegare al presente modulo documentazione clinica recente

Nome e Cognome del Medico di riferimento.....

Recapito telefonico del Medico di riferimento.....

Data

Firma e Timbro del Medico

.....

.....