



Fondazione "A. Passerini"

Casa di Riposo Valbottina Onlus

Via Angelo Passerini 8 – 25070 Nozza di Vestone (Brescia)

Tel. 0365/81151-fax. 0365/821044

Cod. fisc. 87000610177 – p. iva 01671590980

e-mail: segreteria@fondazioneangelopasserini.it - ospiti@fondazioneangelopasserini.it

CERTIFICATO MEDICO HOSPICE

COGNOME.....NOME.....

nato il a (.....)

residente a(.....) in Via

familiare di riferimento..... tel.....

Il paziente è affetto da.....

Attualmente la persona si trova:

domicilio.....Ospedale.....altro.....

DIAGNOSI ONCOLOGICA E NON ONCOLOGICA:

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

Criteri di eleggibilità:

✓ Presenza di neoplasia o altra malattia in fase evolutiva in fase irreversibile SI NO

✓ Cure simultanee SI NO

✓ Sopravvivenza stimata (in mesi).....

✓ Karnofsky o PS.....

(NB: 100-90 attività normali; 80-70 attività ridotta, cure ambulatoriali; 60-50 non attività, accudisce sé stesso, meno del 50% del tempo a letto; 40-30 limitato nell'accudire sé stesso, > del 50% del tempo a letto; 20-10 assistenza continua/allettamento)

✓ Prognosi: inferiore a 3 mesi compresa fra 3mesi e 6 mesi

Indicazioni al ricovero in Hospice:

- Ricovero divenuto improprio in reparto - ospedaliero
- riabilitativo
- Sintomatologia critica non controllata
- Inadeguatezza del domicilio
- Insufficienza supporto familiare
- Assenza di assistenza domiciliare

La richiesta ha carattere di urgenza SI NO Motivo_____

Consapevole di malattia SI VAGA NO

TERAPIA IN ATTO (specificare Farmaco, dosi e orari)

Terapia:.....
.....
.....

Terapia del dolore	SI	NO
.....		
.....		

Malattie Infettive
.....
.....

TONO DELL'UMORE	Normale	<input type="checkbox"/>
	Euforico	<input type="checkbox"/>
	Ansioso	<input type="checkbox"/>
	Depresso	<input type="checkbox"/>

DEAMBULAZIONE	Cammina da solo	<input type="checkbox"/>
	Cammina con aiuto	<input type="checkbox"/>
	Cammina con ausili	<input type="checkbox"/>
	Si sposta in carrozzella	<input type="checkbox"/>
	E' allettato	<input type="checkbox"/>

ALIMENTAZIONE	Mangia da solo	<input type="checkbox"/>
	Con parziale aiuto	<input type="checkbox"/>
	Dipendenza totale	<input type="checkbox"/>

NUTRIZIONE ARTIFICIALE	NET: sng	<input type="checkbox"/>
	Peg	<input type="checkbox"/>
	NPT: Cvc	<input type="checkbox"/>
	Cvp	<input type="checkbox"/>

IGIENE	si lava da solo	<input type="checkbox"/>
	Con aiuto parziale	<input type="checkbox"/>
	Dipendenza totale	<input type="checkbox"/>

INCONTINENZA	Urinaria	Assente	<input type="checkbox"/>	Fecale	assente	<input type="checkbox"/>
		Occasionale	<input type="checkbox"/>		occasionale	<input type="checkbox"/>
		Abituale	<input type="checkbox"/>		abituale	<input type="checkbox"/>
		Catetere	<input type="checkbox"/>			

PIAGHE DA DECUBITO	assente	<input type="checkbox"/>	
	Iniziali	<input type="checkbox"/>	sede.....
	Gravi	<input type="checkbox"/>	sede.....

STOMIE NO SI.....

ALTRO

ALLERGIE A FARMACI.....

FISIOTERAPIA IN ATTO.....

DATA..... Timbro e firma medico curante.....

N.B. si prega di allegare tutta la documentazione sanitaria in vostro possesso, in particolare copia delle cartelle cliniche di precedenti ricoveri ed eventuali accertamenti diagnostici strumentali