



## Fondazione "A. Passerini"

*Casa di Riposo Valsabbina Onlus*

Via Angelo Passerini, 8 – 25078 Nozza di Vestone (Brescia)

Tel. 0365/81151-fax. 0365/821044

Cod. fisc. 87000610177 – P. iva 01671590980

e-mail: [segreteria@fondazioneangelopasserini.it](mailto:segreteria@fondazioneangelopasserini.it)

### CERTIFICATO MEDICO PER ACCESSO IN HOSPICE

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

nato il ..... a ..... (.....)

residente a .....(.....) in Via .....

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

Attualmente la persona si trova:

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

#### DIAGNOSI:

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

#### TERAPIA IN ATTO:

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

#### Criteria di eleggibilità:

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

✓ Cure simultanee SI  NO

✓ 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

**TONO DELL'UMORE**      Normale  
Euforico  
Ansioso  
Depresso

**DEAMBULAZIONE**      Cammina da solo  
Cammina con aiuto  
Cammina con ausili  
Si sposta in carrozzella  
E' allettato

**ALIMENTAZIONE**      Mangia da solo  
Con parziale aiuto  
Dipendenza totale

**NUTRIZIONE ARTIFICIALE**      NET: sng  
Peg  
NPT: Cvc  
Cvp

**IGIENE**      Si lava da solo  
Con aiuto parziale  
Dipendenza totale

<b>INCONTINENZA</b>	Urinaria	Assente Occasionale Abituale Catetere	Fecale	Assente Occasionale Abituale
---------------------	----------	--	--------	------------------------------------

**PIAGHE DA DECUBITO**      Assente  
Iniziali      sede.....  
Gravi      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.**

**PRIVACY.** La informiamo che i dati personali, anagrafici (nome, cognome, data e luogo di nascita, residenza) e particolari (dati relativi al Suo stato di salute), forniti dal medico curante mediante la compilazione del presente modulo verranno trattati dalla Fondazione "Angelo Passerini - Casa di Riposo Valsabbina ONLUS", in conformità a quanto previsto dal Regolamento UE n. 2016/679 (c.d. GDPR) e del D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.  
Tutte le informazioni relative al trattamento dei dati personali verranno fornite all'ospite mediante consegna dell'informativa estesa art. 13 del GDPR.