

### AUTORIZZAZIONE RICOVERO IN HOSPICE

#### Dati anagrafici del paziente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Attuale allocazione \_\_\_\_\_  
MMG \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DEL RICOVERO

1. DIAGNOSI DELLA MALATTIA ONCOLOGICA
  - Evolutiva
  - Inguaribile
  - Prognosi infausta (criterio clinico): \_\_\_\_\_
2. PERFORMANCE STATUS: INDICE DI KARNOFSKY \_\_\_\_\_
3. AMBIENTE NON IDONEO PER ASSISTENZA DOMICILIARE
  - luogo non adeguato
  - assenza di caregiver o familiari
  - altro (criterio socio-ambientale): specificare \_\_\_\_\_
  - a) PRESENZA DI SEGNI E/O SINTOMI NON GESTIBILI A DOMICILIO per la loro elevata intensità (elencare quali):
    - \_\_\_\_\_
    - \_\_\_\_\_
  - b) RICOVERO "TEMPORANEO DI SOLLIEVO"
    - malattia ad elevata attività assistenziale
    - burnout del caregiver)
    - altro \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del care giver/familiare \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Il Medico Proponente

Il Direttore S.C.

### KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Si prega di evidenziare il valore numerico rilevato cerchiando o crocettando lo stesso

Sig./ra.....

Capace di esplicitare attività normali e di lavorare. Non è necessaria alcuna particolare assistenza	100 ----->	Condizioni di normalità per età e precedenti attitudini del paziente.
	90 ----->	Svolgimento di una normale attività con difficoltà lieve. Lievi sintomi o segni di malattia.
	80 ----->	Attività normale con sforzo. Alcuni sintomi o segni di malattia.
Incapace di attività lavorativa. In grado di vivere a casa e di occuparsi delle proprie necessità personali. E' richiesto un certo grado di assistenza	70 ----->	Inabile ad una normale attività e lavoro. Autosufficiente per la cura personale.
	60 ----->	Necessita di interventi sanitari saltuari (paziente assistibile ambulatorialmente). Non indicazioni al ricovero, se non per motivi assistenziali.
Incapace di accudire a sé. Progressione rapida di malattia. E' proponibile il ricovero	50 ----->	Necessita di interventi sanitari (medico e/o infermieristici) frequenti (una o più visite settimanali). Paziente assistibile anche ambulatorialmente.
	40 ----->	Necessita di assistenza sanitaria straordinaria (per frequenza e tipo di interventi). Capace di una limitata cura personale; costretto a letto per più del 50% della giornata.
	30 ----->	Indicazione a modelli assistenziali adeguati (assistenza domiciliare continuativa, hospice, ospedale), sebbene non si preveda un imminente decesso.
	20 ----->	Grave compromissione di una o più funzioni organiche vitali. Indicazione a modelli assistenziali adeguati (assistenza domiciliare continuativa, hospice, ospedale).
	10 ----->	Rapida progressione di processi biologici mortali.

Data .....

Il medico valutatore (Firma e Timbro).....



ASL Taranto

**PugliaSalute**

AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO

Distretto Socio Sanitario 2

Presidio Territoriale Assistenziale Mottola

**HOSPICE**

**Consenso informato al ricovero in Hospice**

<b>Paziente</b>	<b>data di nascita :</b>	<b>luogo:</b>	
1. esistono le condizioni cliniche e/o logistiche	per il colloquio con il paziente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI*
2. esistono le condizioni cliniche e/o logistiche	per la firma del paziente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI*
SE AD UNA DOMANDA E' STATO RISPOSTO NEGATIVAMENTE COMPILARE IL CONSENSO "DA TERZI"			
<b>Colloquio con/in presenza de il Sig.</b>	<b>parentela</b>		

Gent. Sig./ra

in riferimento alle sue condizioni di malattia, come certamente discusso con i colleghi che l'hanno seguita nel percorso di cura, le è stato ora proposto l'ingresso presso la struttura di ricovero delle cure palliative, "Hospice". Per poterla ricoverare è necessario che esprima il suo consenso.

Quanto segue spiega cos'è l'Hospice e quali sono le sue finalità:

- l'Hospice è la struttura di ricovero delle cure palliative (cure orientate principalmente a mantenere la migliore qualità di vita possibile tramite il controllo dei sintomi per situazione di malattia non più suscettibili di cambiamento tramite terapie specifiche ed esami invasivi e non, troppo onerosi per la fragilità del quadro di malattia che lei presenta al momento).
  - E' una struttura più simile a casa che ad un reparto ospedaliero (camera singola con bagno autonomo, attrezzata anche per l'eventuale accompagnatore, con televisione, frigo e ~~telefono~~, ecc.; spazi comuni di incontro, aree per attività occupazionali, sala da pranzo, tisaneria, ecc..) pur mantenendone tutti i requisiti funzionali.
  - L'organizzazione prevede un'assistenza continuativa, erogata da una equipe composta da varie figure professionali (medici, infermieri, OSS, psicologo, fisioterapista, dietologo, assistente spirituale, volontari) tutti esperti nel settore delle Cure Palliative ed in formazione continua.
  - Il suo ricovero ha come finalità il controllo dei suoi sintomi fisici e il supporto psicologico ed emozionale, per quanto possibile, esteso anche a i suoi familiari, attraverso un piano di cura e di assistenza che verrà adattato alla sua persona e costantemente discusso, con il suo assenso, anche con i suoi cari "dalla terapia al prendersi cura".
  - La struttura garantisce l'esecuzione di quegli esami e terapie utili al controllo della sua sintomatologia e proporzionati al suo quadro clinico. A tal proposito verranno evitate tutte le varie forme di accanimento diagnostico e terapeutico.
- Qualora le condizioni cliniche e le possibilità assistenziali dei suoi cari lo consentissero sarà valutato un eventuale rientro al domicilio, con supporto dell'equipe delle cure palliative (dimissione protetta).

Il direttore e l'equipe di cure palliative

Il sottoscritto/a

nato/a a

il

Dopo aver preso visione di quanto suddetto e ricevute le informazioni richieste

ACCONSENTO AL RICOVERO

NON ACCONSENTO AL RICOVERO

Firma

Il medico

data



ASL Taranto

**PugliaSalute**

AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO

Distretto Socio Sanitario 2

Presidio Territoriale Assistenziale Mottola

**HOSPICE**

**CONSENSO INFORMATO ESPRESSO "DA TERZI"**

- A) SE NON E' IN GRADO DI ESPRIMERE ATTUALMENTE LA PROPRIA VOLONTA',  
B) SE NON E' IN GRADO DI APPORRE ATTUALMENTE LA PROPRIA FIRMA,

FORNISCE IL CONSENSO FORMALE IN QUALITA' DI :

- ESECUTORE DAT  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  TUTORE/CURATORE  
 FAMILIARE (6°)/ CONVIVENTE  AFFINE (4°)

NELLA PERSONA DEL/LA SIG. (nome e cognome)

NATO A

IL

RESIDENTE A

INDIRIZZO

GRADO DI PARENTELA

DOCUMENTO DAT / ORDINANZA TRIBUNALE N°

VIE' CONOSCENZA DI ALTRI PARENTI  NO  SI

GRADO DI PARENTELA

Data

Firma