

aslnapoli3

**VALUTAZIONE REQUISITI DI ACCESSO  
PER RICOVERO IN HOSPICE**

Allegato 3

PROCEDURA PER STRUTTURE HOSPICE  
ACCREDITATE AZIENDALI

Data  
emissione:  
07/11/2018

Rev.0

Pagina 1 di 4

**Da compilare a cura del Medico Palliativista della Rete Aziendale Territoriale, Medico Ospedallero di reparto equipollente alle Cure Palliative, Referente S.L.A. Aziendale**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/

**CRITERI DI ELEGGIBILITA' PER AMMISSIONE IN HOSPICE**

presenza di malattie progressive e in fase avanzata, in via prioritaria patologie neoplastiche, a rapida evoluzione e prognosi infausta, per le quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non sia possibile o appropriata;

si ☐ no ☐

aspettativa di vita presunta dell'utente superiore a 4 settimane in condizioni non agoniche o preagoniche

si ☐ no ☐

aspettativa di vita presunta limitata (non superiore ai sei mesi 180 giorni);

si ☐ no ☐

performance status valutato secondo la scala di Karnofsky uguale o inferiore a 50;

si ☐ no ☐

performance status valutato secondo la scala Ecog superiore a 2;

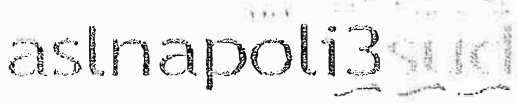
si ☐ no ☐

dichiarazione motivata della impossibilità della famiglia ad assistere il malato a domicilio con consenso dell'interessato/tutore

si ☐ no ☐

Data \_/ \_/ \_

Firma e timbro del medico proponente

	<b>VALUTAZIONE REQUISITI DI ACCESSO PER RICOVERO IN HOSPICE</b> Allegato 3		
	PROCEDURA PER STRUTTURE HOSPICE ACCREDITATE AZIENDALI	Data emissione: 07/11/2018	Rev.0

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

**Presenza di persone che accudiscono il paziente:**

☐ nessuna ☐ badante ☐ familiare ☐ più familiari (familiare + badante)

**Comorbidità:**

☐ Arteripatia ☐ Diabete ☐ I.R. acuta  
☐ BPCO ☐ Ictus pregresso ☐ I.R. cronica  
☐ Cirrosi ☐ MA pregresso ☐ Malattia Psichiatrica  
☐ Depressione ☐ Ipertensione ☐ Altro \_\_\_\_\_

**Problemi Clinici Attuali**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Terapia in atto:**


\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Presidi:**

☐ Catetere Vescicale ☐ Port-A-Cath/ CVC  
☐ Stomia Intestinali ☐ SNG  
☐ Medicazioni Complesse ☐ Tracheostomia  
☐ Pace Maker ☐ Ureterostomia  
☐ PEG/Digiunostomia ☐ Ventilazione Assistita  
☐ in possesso di Ventilatore Automatico  
☐ Altro \_\_\_\_\_

Data \_/ \_/ \_

Firma e timbro del medico proponente

	<b>VALUTAZIONE REQUISITI DI ACCESSO PER RICOVERO IN HOSPICE</b> Allegato 3		
PROCEDURA PER STRUTTURE HOSPICE ACCREDITATE AZIENDALI	Data emissione: 07/11/2018	Rev.0	Pagina 3 di 4

## VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA

### Barthel Index

(barrare con una x)

- (a) se il paziente dipende  
(b) se il paziente ha bisogno di aiuto  
(c) se il paziente non dipende

- (a) (b) (c) Mangiare (se c'è bisogno di tagliare il cibo = con aiuto)  
 (a) (b) (c) Vestirsi (incluso infilarsi le scarpe e allacciarsi i lacci)  
 (a) (b) (c) Toilette personale (lavarsi la faccia, pettinarsi, farsi la barba, lavarsi i denti)  
 (a) (b) (c) Fare il bagno  
 (a) (b) (c) Controllo defecazione  
 (a) (b) (c) Controllo minzione  
 (a) (b) (c) Spostarsi dalla sedia al letto (incluso sedersi sul letto)  
 (a) (b) (c) Montare/scendere dal wc (maneggiare vestiti, asciugarsi, far scorrere l'acqua)  
 (a) (b) (c) Camminare piano  
 (a) (b) (c) Scendere e salire le scale

**ORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE:** SI ☐ NO ☐

### SCALA NUMERICA (NRS)

Nessun  
dolore

Peggior dolore  
immaginabile

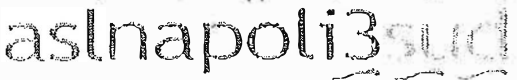
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Localizzazione: \_\_\_\_\_

Irradiazione: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma e timbro del medico proponente

	<b>VALUTAZIONE REQUISITI DI ACCESSO PER RICOVERO IN HOSPICE</b> Allegato 3		
PROCEDURA PER STRUTTURE HOSPICE ACCREDITATE AZIENDALI	Data emissione: 07/11/2018	Rev.0	Pagina 4 di 4

### Scala di Karnofsky ed Ecog

Gradi KPS		Gradi ECOG
100 %	Normale, no segni e/o sintomi di malattia	ECOG = 0
90 %	Capace di svolgere le normali attività, segni e/o sintomi minimi di malattia	ECOG = 0
80 %	Normale attività svolta a fatica; alcuni segni e/o sintomi di malattia	ECOG = 1
70 %	Capace di accudire la propria persona, incapace di svolgere altre normali attività o lavoro attivo	ECOG = 1
60 %	Richiede assistenza occasionale, ma capace autonomamente di soddisfare la maggior parte dei propri bisogni	ECOG = 2
50 %	Richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche	ECOG = 2
40 %	Disabile, richiede particolari cure e assistenza	ECOG = 3
30 %	Grave inabilità, ospedalizzazione indicata. Morte non imminente	ECOG = 3
20 %	Particolarmente defedato, ospedalizzazione indicata. Morte non imminente	ECOG = 4
10 %	Moribondo, evoluzione rapida e progressiva dei processi "ad exitus"	ECOG = 4
0 %	Morte	ECOG = 5

Scala Karnofsky=

Scala Ecog =

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma e timbro del medico proponente