



Ente Gestore Fondazione "La Pelucca" - Hospice

DOMANDA DI RICOVERO Scheda sociale e anagrafica

DATI ANAGRAFICI DEL MALATO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ età _____

Stato civile _____ Professione _____

N° figli con anno di nascita _____

Residente a _____ Cittadinanza _____

Via/piazza _____ Cap _____ Provincia _____

Codice fiscale _____ Codice sanitario _____

Carta d'identità _____ Scadenza _____

SITUAZIONE FAMILIARE ED ABITATIVA - vive solo: SI NO

NUCLEO DI CONVIVENZA:

Cognome e Nome	Parentela, altro	Età	Professione	Disponibilità e impegno assistenziale

Supporto dei Servizi Sociali/Sanitari: SI NO Quali ? _____

Collocazione attuale del malato: **non protetta** domicilio abitazione di un familiare

protetta RSA riabilitazione ospedale

ESITO DELLA VALUTAZIONE (spazio riservato all'Hospice)

IDONEO

NON IDONEO

IDONEO CON PRIORITÀ

Data _____ Responsabile Sanitario _____



Ente Gestore Fondazione "La Pelucca" - Hospice

DOMANDA DI RICOVERO **Scheda sociale e anagrafica**

SEGNALANTE

Familiare Sig./ra _____	Tel. _____
Grado di parentela _____	
MMG Dott./ssa _____	Tel. _____
RSA _____	Tel. _____
Medico di riferimento Dott./ssa _____	Tel. _____
Ospedale di _____	Reparto _____
Medico di riferimento Dott./ssa _____	Tel. _____
Servizi Sociali di _____	
Ass. Sociale di riferimento Sig./ra _____	Tel. _____
Rete Hospice Milano _____	Tel. _____
Medico di riferimento Dott./ssa _____	Tel. _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA DI RICOVERO

- Malato senza rete familiare
- Abitazione non idonea
- Difficoltà di gestione al domicilio
- Controllo sintomi fisici

Il malato è stato informato della patologia e della prognosi?
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no (specificare il motivo) _____

Il malato è stato messo al corrente della scelta di ricovero presso il nostro Hospice?
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no (specificare il motivo) _____

DATA _____ Firma del compilatore _____



Ente Gestore Fondazione "La Pelucca" **INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

**Ai sensi degli artt. 12 e 13 del Reg. UE 2016/679
(Regolamento in materia di protezione dei dati personali)**

Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca onlus

LA INFORMA CHE

A. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento dei dati è Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca onlus (di seguito Fondazione) con sede legale in Sesto San Giovanni (MI) via Tommaso Campanella 8/10 Codice Fiscale 85001850156 Partita IVA 00987080967 telefono 02.2483240 pelucca@pec.it, a cui ci si può rivolgere per far valere i propri diritti, anche direttamente all'indirizzo privacy@fondazioneapelucca.org.

L'elenco dei Responsabili dei trattamenti è disponibile negli uffici amministrativi della Fondazione.

B. Finalità del trattamento

- 1) I dati saranno trattati per lo **svolgimento dei servizi richiesti** alla Fondazione o delle attività previste dal contratto e per i dovuti adempimenti amministrativi; a solo titolo esemplificativo e non esaustivo si citano ad esempio: servizi di RSA, RSD, CDI, Hospice, assistenza domiciliare, consulenza, fornitura di beni e servizi.

I dati saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi e regolamenti nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.

- 2) I dati potranno essere trattati **in forma anonima** al fine di svolgere indagini epidemiologiche e similari, per fini di ricerca scientifica e/o per sondaggi inerenti alla qualità delle prestazioni ricevute dalla Fondazione.
- 3) Infine i dati potranno essere trattati per fini di **informazione e promozione** della Fondazione (ad esempio inviti ad eventi, pubblicazione di immagini sul sito o sui social network).

C. Modalità di trattamento

Il trattamento dei dati potrà essere effettuato in forma cartacea ed elettronica, con accesso consentito solo agli operatori autorizzati dalla Fondazione.

D. Destinatari dei dati

I suoi dati possono essere comunicati per le finalità di cui sopra, ai responsabili ed incaricati del trattamento della Fondazione, alle aziende che forniscono servizi alla Fondazione necessari per lo svolgimento della propria attività, ad altri soggetti competenti secondo quanto richiesto dalla normativa vigente.

Inoltre essi possono essere comunicati alle forze di polizia, all'autorità giudiziaria, o ad altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione di reati.

E. Periodo di conservazione

I dati saranno conservati fino al termine del rapporto contrattuale o del servizio svolto dalla Fondazione.

I dati saranno poi conservati nell'archivio corrente della Fondazione fino ai termini previsti dalla legge e, se di rilievo, a tempo indeterminato nell'archivio storico della Fondazione.

F. Diritti degli interessati

In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ovvero: accesso ai dati, rettifica e integrazione dei dati, cancellazione dei dati (se non in contrasto con la normativa vigente), portabilità dei dati (cioè ricevere i propri dati in un formato elettronico leggibile o trasmetterli ad altro titolare), limitazione del trattamento, diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo (Garante).

G. Conseguenze del mancato consenso al trattamento

Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia gli stessi sono indispensabili per lo svolgimento delle attività di cui al **punto B1** e pertanto il mancato conferimento può comportare per la Fondazione un impedimento nel fornire i servizi richiesti o a sottoscrivere il rapporto contrattuale.



Ente Gestore Fondazione "La Pelucca"
**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Il consenso al trattamento per fini scientifici, di ricerca, di informazione e promozione (**punti B2 e B3**) è facoltativo e il mancato consenso non preclude in alcun modo la fornitura dei servizi richiesti o la sottoscrizione del rapporto contrattuale.

L'interessato ha diritto in qualsiasi momento di modificare o revocare i consensi dati per ciascuno dei trattamenti rivolgendosi alla Fondazione.

H. Categorie di dati trattati

Dati anagrafici	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati bancari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati biometrici (comprese le immagini)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati culturali-sociali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati economico-finanziari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati genetici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati giudiziari-penali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati politici-sindacali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati razziali-etnici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati religiosi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati sanitari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati sessuali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

CONSENSI AL TRATTAMENTO DEI DATI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
IN QUALITÀ DI
 INTERESSATO
 TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/FAMILIARE DEL SIG./RA _____

DOPO AVER PRESO VISIONE DELLE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA

DICHIARA

DI DARE IL CONSENSO
AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B1**

DATA __ / __ / ____ FIRMA _____

DI DARE IL CONSENSO
AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B2**

DATA __ / __ / ____ FIRMA _____

DI DARE IL CONSENSO
AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B3**

DATA __ / __ / ____ FIRMA _____

**DOMANDA DI RICOVERO****Scheda clinica di pre-ricovero****DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO**

COGNOME _____ NOME _____ ETÀ _____

Diagnosi: Malattia terminale non neoplastica _____ Neoplasia:

<input type="checkbox"/> colecisti	<input type="checkbox"/> esofago	<input type="checkbox"/> pancreas	<input type="checkbox"/> testa/collo
<input type="checkbox"/> colon/retto	<input type="checkbox"/> fegato	<input type="checkbox"/> polmone	<input type="checkbox"/> utero
<input type="checkbox"/> emopoietico	<input type="checkbox"/> mammella	<input type="checkbox"/> prostata	<input type="checkbox"/> vescica
<input type="checkbox"/> encefalo	<input type="checkbox"/> ossa	<input type="checkbox"/> stomaco	<input type="checkbox"/>

 Metastasi:

<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> linfonodali	<input type="checkbox"/> ossee
<input type="checkbox"/> encefaliche	<input type="checkbox"/> peritoneali	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> epatiche	<input type="checkbox"/> polmonari	<input type="checkbox"/>

 Comorbilità:

<input type="checkbox"/> arteriopatia	<input type="checkbox"/> diabete	<input type="checkbox"/> I.R. acuta
<input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/> ictus pregresso	<input type="checkbox"/> I.R. cronica
<input type="checkbox"/> cirrosi	<input type="checkbox"/> IMA pregresso	<input type="checkbox"/> malattia psichiatrica
<input type="checkbox"/> depressione	<input type="checkbox"/> ipertensione	<input type="checkbox"/>

CONDIZIONI GENERALI

Orientamento spazio-temporale

Stato di coscienza

Coscienza di malattia

Conoscenza della prognosi

 buone normale normale completa completa mediocri alterato confusione parziale parziale scadenti assente obnubilato coma nulla nulla**PATOLOGIE PSICHIATRICHE MAGGIORI**

Progressi tentati suicidi

 no si,

se si quali _____

 no si,

se si data _____

Sintomi e segni:

<input type="checkbox"/> agitazione	<input type="checkbox"/> disuria	<input type="checkbox"/> sindrome mediastinica
<input type="checkbox"/> anoressia	<input type="checkbox"/> edemi	<input type="checkbox"/> singhiozzo
<input type="checkbox"/> ansia	<input type="checkbox"/> febbre	<input type="checkbox"/> sopore
<input type="checkbox"/> astenia	<input type="checkbox"/> grave insuff.za d'organo	<input type="checkbox"/> sonnolenza
<input type="checkbox"/> cefalea	<input type="checkbox"/> infezioni cutanee	<input type="checkbox"/> stipsi
<input type="checkbox"/> coma	<input type="checkbox"/> insonnia	<input type="checkbox"/> tenesmo
<input type="checkbox"/> confusione	<input type="checkbox"/> ipertensione endocranica	<input type="checkbox"/> tremore
<input type="checkbox"/> delirio	<input type="checkbox"/> lesioni da decubito	<input type="checkbox"/> tosse
<input type="checkbox"/> depressione	<input type="checkbox"/> melena	<input type="checkbox"/> versamento ascitico
<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> nausea	<input type="checkbox"/> versamento pleurico
<input type="checkbox"/> disfagia	<input type="checkbox"/> prurito	<input type="checkbox"/> vertigine
<input type="checkbox"/> disorientamento S/T	<input type="checkbox"/> rantolo	<input type="checkbox"/> vomito
<input type="checkbox"/> disidratazione	<input type="checkbox"/> rischio di crisi convulsive	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dispnea	<input type="checkbox"/> rischio di emorragia	<input type="checkbox"/>



Ente Gestore Fondazione "La Pelucca" - Hospice

DOMANDA DI RICOVERO

Scheda clinica di pre-ricovero

CAPACITÀ FUNZIONALI

Deambulazione autonomo con aiuto dipendente
Igiene autonomo con aiuto dipendente
Alimentazione autonomo con aiuto dipendente

NOTE _____

CONTINENZA SFINTERICA

urine autonomo con aiuto dipendente
feci autonomo con aiuto dipendente

NOTE _____

PIAGHE DA DECUBITO no si, Se si descrivere _____

Presidi:

<input type="checkbox"/> catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Port-A-Cath/ CVC
<input type="checkbox"/> colostomia	<input type="checkbox"/> SNG
<input type="checkbox"/> medicazioni complesse	<input type="checkbox"/> tracheotomia
<input type="checkbox"/> pace maker	<input type="checkbox"/> ureterostomia
<input type="checkbox"/> PEG/digiunostomia	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> ossigeno terapia	<input type="checkbox"/> respiratore meccanico

Dolore (scala numerica da 0 a 10)

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

localizzazione: _____

irradiazione: _____

Stima clinica di sopravvivenza in giorni:

da 0 a 10 fino a 30 fino a 60 fino a 90 oltre 90

Specificare ove necessario: _____

TERAPIA IN ATTO

TERAPIA ANTALGICA

Data di compilazione _____

Firma, timbro e n. telefonico del medico



Ente Gestore Fondazione "La Pelucca" - Hospice

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO

COGNOME _____ NOME _____

DATA _____

Attività lavorativa	Attività quotidiane	Cura personale	Supporto sanitario e sintomi	Punteggio
Completa	Completa	Completa	Nessuna	100
Lieve difficoltà	Qualche difficoltà a camminare	Completa	↓ segni-sintomi minori (1) ↓ pond. <5% energia ±	90
Difficoltà ± grave	Difficoltà lieve/moderata a camminare e guidare	Lieve difficoltà	Alcuni segni e sintomi (2) ↓ pond. <10%	80
Inabile	Difficoltà moderata (si muove solo in casa)	Moderata difficoltà	Alcuni segni e sintomi ↓ grave energia	70
	Grave difficoltà a camminare e guidare	Difficoltà moderata/grave	Segni/sintomi maggiori (3) grave calo pond. >10%	60
	Resta alzato per più del 50% della giornata	Grave difficoltà	Frequente supporto sanitario (paziente ambulatoriale)	50
	Resta a letto per più del 50% della giornata	Limitata cura di sé	Assistenza sanitaria straordinaria per frequenza e tipi di interventi	40
	Allettato sempre	Inabile	Indicazione al ricovero-ospedalizzazione domiciliare. Supporto san. molto intenso, presidi tecnico-strumentali	30
			Grave compromissione di una o più funzioni organiche vitali (respiratorie, renali, cardiocircolatorie)	20
			Rapida progressione processi biologici mortali	10
			Morte	0

(1) Saltuari
Non condizionanti
Supporto terapeutico continuativo

(2) Saltuari o costanti
Condizionanti spesso il supporto terapeutico

(3) Costanti – invalidanti
Condizionanti spesso il supporto terapeutico
in modo continuativo

CONCLUSIONI _____

Il Medico Valutatore
