



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" - Hospice **TUTELA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Ai sensi dell'art. 13 del D.L. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali, d'ora in avanti Codice sulla Privacy)

LA INFORMIAMO CHE

- a) i dati personali e sensibili che la riguardano e da lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Codice sulla Privacy e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta la Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca o.n.i.u.s. di Sesto San Giovanni. Tali dati, tra cui sono ricompresi i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, saranno oggetto di trattamento solo con il consenso dell'interessato. Il trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale è consentito in virtù degli articoli 75 e seguenti del Codice sulla Privacy ed in quanto è necessario per lo svolgimento dell'attività istituzionale della Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca o.n.i.u.s. di Sesto San Giovanni;
- b) i dati personali e sensibili saranno trattati per fini diagnostici-terapeutici per i dovuti adempimenti amministrativi; 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 nella Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca o.n.i.u.s. di Sesto San Giovanni;
- c) i dati personali e sensibili saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge;
- d) i dati personali che la riguardano saranno trattati esclusivamente per gli scopi indicati in questa informativa. Il trattamento dei dati avverrà mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati, l'accesso ed il trattamento dei dati avverrà mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati, l'accesso ed il trattamento dei dati sono consentiti al personale della Fondazione appositamente autorizzato, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali con l'adozione delle misure minime di sicurezza prescritte dal Codice sulla Privacy;
- e) il trattamento dei dati essenzialmente consiste nella:
- istituzione di una scheda personale (cartella clinica, scheda infermieristica o altri documenti simili) contenente dati anagrafici, amministrativi, fiscali, sanitari che sono necessari ed indispensabili per fini diagnostici-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi;
 - stesura di referti e certificazioni;
 - redazione di documenti obbligatori ai fini amministrativi e/o fiscali;
- f) il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia gli stessi sono indispensabili per lo svolgimento delle attività di cui al punto b) e pertanto il mancato conferimento può comportare per la Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca o.n.i.u.s. un impedimento nel fornire le prestazioni e le cure richieste;
- g) i suoi dati personali e sensibili possono essere comunicati per le finalità di cui sopra, ai responsabili ed incaricati del trattamento della Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca o.n.i.u.s. di Sesto San Giovanni, ad Aziende Sanitarie Locali, ad Aziende Ospedaliere e strutture accreditate con il S.S.N., ad altri organismi del Servizio Sanitario Nazionale, Enti Previdenziali, ed a terzi soggetti destinatari per legge o per regolamento. Inoltre essi possono essere comunicati alle forze di polizia, all'autorità giudiziaria, ad organismi di informazione e sicurezza o altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione di reati;
- h) i dati idonei a rivelare lo stato di salute non saranno oggetto di diffusione;
- i) il Titolare del trattamento è la Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca o.n.i.u.s. di Sesto San Giovanni con sede in Via Campanella 8/10 a Sesto San Giovanni, nella persona del Direttore Generale. L'interessato può rivolgersi presso la Direzione per acquisire informazioni del trattamento e per far valere i suoi diritti stabiliti dal Codice sulla Privacy;
- j) in ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003.

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il/la sottoscritta/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via/P.za _____ n _____
acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art.13 decreto legislativo n.196/2003 e consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati sensibili di cui all'art4 lett. d) del suddetto decreto legislativo, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale

presta il suo consenso al trattamento dei propri dati personali

Tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato.

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:

catetere vescicale Port-A-Cath/ CVC
 colostomia SNG
 medicazioni complesse tracheotomia
 pace maker ureterostomia
 PEG/digiunostomia _____
 ossigeno terapia 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
