

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER ACCESSO ALLA RETE CURE PALLIATIVE
(da inviarsi all'Unità di Cure Palliative della ASL di Pescara **via e-mail** hospice.bouganville@ausl.pe.it
per comunicazioni tel. 085 425 2343)

DATI ASSISTITO

Cognome _____

Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Distretto _____

Medico medicina generale _____ Tel. _____

Familiare di riferimento _____

Telefono _____ cellulare _____

Provenienza: ospedale U.O. _____ domicilio ADI si ADI no

altro _____

Consapevolezza di malattia si vaga no

CRITERI GENERALI DI ELEGGIBILITA'

presenza di neoplasia o altra malattia in fase evolutiva irreversibile (criterio diagnostico):

Patologia primitiva _____

Metastasi: epatiche polmonari encefaliche altro _____

assenza o esaurimento di trattamenti elettivi specifici - chirurgici, chemioterapici e/o radioterapici

(criterio terapeutico): trattamenti effettuati: intervento _____ data ___/___/20__

chemioterapia data sospensione ___/___/20__

radioterapia data sospensione ___/___/20__

- **sopravvivenza stimata non superiore a 1 anno (criterio prognostico)** inserimento: cure domiciliari

- **sopravvivenza stimata non superiore a 60 gg (criterio prognostico)** inserimento: Hospice

- **riduzione delle performance con indice di Karnofsky = 0 < 50 (criterio funzionale)**

Karnofsky Index 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

K 100% : Paziente in salute senza segni né sintomi
K 90% : Paziente con segni minori
K 80% : Paziente che svolge attività normale con fatica
K 70% : Paziente incapace di lavorare, può badare a se stesso
K 60% : Paziente incapace di lavorare, richiede assistenza occasionale
K 50% : Paziente che richiede frequenti cure mediche e spesso assistenza
K 40% : Paziente inabile, richiede cure continue almeno per più del 50% del giorno
K 30% : Paziente con indicazione a ricovero ospedaliero o supporto domiciliare intenso
K 20% : Paziente sempre ricoverato; necessità di supporto
K 10% : paziente moribondo

Data: _____

LA PRESENTE SCHEDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE

IL MEDICO SEGNALATORE
Timbro e firma