

RESIDENZA AGAPE CURE PALLIATIVE - LONATO DEL GARDA
PROPOSTA DI ACCOGLIMENTO

Inviare via fax al n. 030-9134358 o tramite indirizzo mail info@madonnadelcorlo.it – per informazioni tel. 030-9134450

Cognome.....Nome.....	
Nato a.....prov..... il ___/___/_____	
Residente a.....Via.....n°.....cap.....	
Tessera Sanitaria:.....Cod. Fiscale:.....	
Stato civile..... Professione.....	
Familiare di riferimento/care giver (Cognome e Nome, Indirizzo, Telefono, eventuale grado di parentela)	
Medico curante :	Telefono :
Paziente attualmente <input type="checkbox"/> a domicilio	
<input type="checkbox"/> ricoverato <input type="checkbox"/> altro	

DATI CLINICI (da compilarsi a cura del Medico proponente)

<p>Motivo della richiesta di ricovero: <input type="checkbox"/> controllo sintomi <input type="checkbox"/> difficoltà di gestione quotidiana <input type="checkbox"/> altro.....</p> <p>Diagnosi principale e patologie associate:</p> <p>Terapia medica in atto:</p> <p>Karnofsky: <input type="radio"/> 90-100% (fisicamente attivo) <input type="radio"/> 70-90% (può essere seguito in ambulatorio, può svolgere attività fisica leggera o di tipo sedentario) <input type="radio"/> 60-50% (in grado di accudire se stesso, incapace di attività lavorativa, alzato per più del 50% delle ore di veglia) <input type="radio"/> 30-40% (in grado di accudire se stesso parzialmente, a letto per più del 50% delle ore di veglia) <input type="radio"/> 10-20% (grave costretto a letto, non in grado di accudire se stesso) <input type="radio"/> 10-0%</p> <p>Scala del dolore VAS: <input type="radio"/> assente (0) <input type="radio"/> lieve (2) <input type="radio"/> moderato (3) <input type="radio"/> severo (4)</p> <p>Dialisi <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Radioterapia in atto <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Chemioterapia in atto <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Aspettativa di sopravvivenza < 3 mesi : <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Consapevolezza della diagnosi <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Consapevolezza della prognosi <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Il paziente è a conoscenza della richiesta di ricovero in Hospice? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO (motivo).....</p>
--

Data _____

Timbro e Firma del Medico proponente _____

<input type="radio"/> IDONEO <small>SPAZIO RISERVATO AL RESPONSABILE HOSPICE</small> <small>(punti)</small> <input type="radio"/> NON IDONEO
Lonato del Garda, Data..... Firma.....