

	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 Ospedaliero 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

	VALUTAZIONE REQUISITI DI ACCESSO PER RICOVERO IN HOSPICE 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

	VALUTAZIONE REQUISITI DI ACCESSO PER RICOVERO IN HOSPICE 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