



ValleCamonicaSolidale

Domanda di ingresso Hospice

Si richiede l'inserimento presso l'Hospice per:

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residenza _____

Grado di istruzione _____

Tel. _____ Stato Civile _____ Figli No ☐ Si ☐ M _____ F _____

Sig./sig.ra attualmente in ☐ Ospedale ☐ Domicilio ☐ Altro _____

Cod. Fisc. _____ Tess. San. _____ Es. _____

Medico Curante _____

Persona di Riferimento _____

Grado di Parentela _____ Tel. _____

Indirizzo _____

Vive in famiglia ☐ Assistito da badante ☐ Vive solo ☐

Composizione del nucleo familiare _____

Abitazione : Adeguata ☐ Carenze Strutturali ☐ _____

Livello di consapevolezza del Paziente

1) Sulla Diagnosi : precisa ☐ imprecisa ☐ vaga ☐ assente ☐

2) Sulla Prognosi : precisa ☐ imprecisa ☐ vaga ☐ assente ☐

Livello di consapevolezza della famiglia / caregiver

1) Sulla Diagnosi : precisa ☐ imprecisa ☐ vaga ☐ assente ☐

2) Sulla Prognosi : precisa ☐ imprecisa ☐ vaga ☐ assente ☐

Il sig./sig.ra ha partecipato alla decisione di richiedere l'ingresso in Hospice ?

Revisione n. 3 del 5 settembre 2024

Valle Camonica Solidale – Società Cooperativa Sociale ONLUS

Sede Legale: Viale dei Castagni, 2 – 25040 LOZIO (BS) – Tel 0364.494311 – Fax 0364.495007

Sede Amministrativa: Viale Alcide De Gasperi, 23 – 25047 DARFO BOARIO TERME (BS) – Tel 0364.532650 – Fax 0364.529845

C.F./P.IVA 03214740981 – N. REA BS-514877 – email pec: vallecamonicasolidale@pec.it email: info@vallecamonicasolidale.it



ValleCamonicaSolidale

Si ☐ No ☐ motivo _____

ADI attiva ☐ non attiva ☐

ADI CURE PALLIATIVE attiva ☐ non attiva ☐

RELIGIONE _____

Luogo , _____ data _____

Firma Paziente o Familiare o Amministratore di Sostegno (specificare)

Si allega:

- Scheda medica Hospice;
- Allegato E

Revisione n. 3 del 5 settembre 2024

Valle Camonica Solidale – Società Cooperativa Sociale ONLUS

Sede Legale: Viale dei Castagni, 2 – 25040 LOZIO (BS) – Tel 0364.494311 – Fax 0364.495007

Sede Amministrativa: Viale Alcide De Gasperi, 23 – 25047 DARFO BOARIO TERME (BS) – Tel 0364.532650 – Fax 0364.529845

C.F./P.IVA 03214740981 – N. REA BS-514877 – email pec: vallecamonicasolidale@pec.it email: info@vallecamonicasolidale.it

Scheda medica per ingresso Hospice

(compilata in ogni sua parte dal Medico Curante o di Reparto)

Il sig./la sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

PATOLOGIA PER CUI SI CONSIGLIA L'INGRESSO IN HOSPICE

NEOPLASIA _____

METASTASI _____

MALATTIA NON NEOPLASTICA _____

ALTRE PATOLOGIE _____

TERAPIA _____

☐ SNG ☐ PEG ☐ CATETERE VESCICALE ☐ CATETERE VENOSO CENTRALE

☐ ALTRO _____

☐ DRENAGGI ☐ URETEROSTOMIA ☐ CLOSTOMIA ☐ ALTRO

STATO DI COSCIENZA _____

ORIENTAMENTO _____

Prognosi : 1 MESE ☐ 2-3 MESI ☐ OLTRE 3 MESI ☐

SINTOMI

Dolore (va quantificato, se presente) : NRS _____ PAINAD _____

ALTRE _____

Dispnea : assente ☐ moderata ☐ grave ☐

Nausea /vomito : assente ☐ moderata ☐ grave ☐

Distress psicologico : assente ☐ presente ☐

Altri :

VALUTAZIONE ECOG

- 0 ☐ nessuna sintomatologia o sintomi sfumati, capace di condurre una normale attività lavorativa e di avere cura della propria persona, nessuna restrizione.
- 1 ☐ sintomi lievi, capace di condurre una attività lavorativa leggera e di accudire a se stesso, in grado di affrontare cure ambulatoriali.
- 2 ☐ presenza di sintomi, incapace di compiere qualsiasi attività lavorativa, ma ancora capace di badare a se stesso e di affrontare le cure ambulatoriali, in riposo assoluto o allettato per meno del 50% delle ore diurne.
- 3 ☐ presenza di sintomi, difficoltà e limitazione nell'accudimento della propria persona, in riposo assoluto o allettato per più del 50% delle ore diurne.
- 4 ☐ totalmente costretto a letto, incapace di accudire a se stesso, necessita di assistenza continua.

A giudizio del Medico Proponente il Paziente ha i requisiti (VEDI SOPRA I CRITERI DI ELEGGIBILITA') per richiedere l'ingresso in Hospice.

Luogo _____ data _____

Il Medico Proponente _____

Reparto/ MMG/ Struttura _____

Il Modulo presente, compilato in ogni sua parte, va consegnato a mano al Personale dell'Hospice o inviato via fax al numero 0364-889198 o inviato all'indirizzo e-mail labbraccio@vallecamonicasolidale.it

Al suo ricevimento il nominativo verrà inserito in lista d'attesa, sarà nostra cura contattarVi tempestivamente in caso di disponibilità del posto-letto.

N.B. Si richiede compilazione dell'Allegato E + impegnativa per ricovero in Hospice (per malattia "terminale").

ALLEGATO E

STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE

Paziente _____ Data _____

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO ONCOLOGICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI ?	☐ NO	☐ SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	☐ SÌ	☐ NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	☐ SÌ	☐ NO	
3. INDICATORI CUNICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI NEOPLASIA (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
o Diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi: neoplasie polmone, pancreas ed esofago) che presenti scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione durante il trattamento o metastasi in organi vitali (SNC, fegato, grave disseminazione polmonare)	☐ SÌ	☐ NO	
o Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%)	☐ SÌ	☐ NO	
O Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico	☐ SÌ	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ <30 giorni	☐ <3 mesi	☐ >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA OSTRUTTIVA			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	☐ NO	☐ SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	☐ SÌ	☐ NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	☐ SÌ	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di due o più dei seguenti criteri)			
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia	☐ SÌ	☐ NO	
o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato	☐ SÌ	☐ NO	
o Nel caso si disponga dei test respiratori, criteri di ostruzione severa: FEV1 <30% o criteri di deficit restrittivo severo: CV forzata <40%, DLCO<40%.	☐ SÌ	☐ NO	
o Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa : presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso	☐ SÌ	☐ NO	
o Insufficienza cardiaca sintomatica	☐ SÌ	☐ NO	
o Ricoveri ospedalieri ricorrenti (> 3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)	☐ SÌ	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ <30 giorni	☐ <3 mesi	☐ >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CARDIOLOGICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	☐ NO	☐ SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	☐ SÌ	☐ NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	☐ SÌ	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE CARDIACHE (presenza di due o più dei seguenti criteri)			
o Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile	☐ SÌ	☐ NO	
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi.	☐ SÌ	☐ NO	
o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato	☐ SÌ	☐ NO	
o In caso si disponga di Ecocardiografia: frazione di eiezione gravemente ridotta (< 30%) o ipertensione polmonare severa (Pressione polmonare > 60 mmHg)	☐ SÌ	☐ NO	
o Insufficienza renale (FG <30%)	☐ SÌ	☐ NO	
o Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco /cardiopatia ischemica (>3 nell'ultimo anno)	☐ SÌ	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ <30 giorni	☐ <3 mesi	☐ >3 mesi



ValleCamonicaSolidale

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO COLPITO DA STROKE			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	☐ NO	☐ SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	☐ SÌ	☐ NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	☐ SÌ	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE STROKE (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
o Durante la fase acuta e subacuta (< 3 mesi post-stroke) : stato vegetativo persistente o di minima coscienza > 3 giorni	☐ SÌ	☐ NO	
o Durante la fase cronica (> 3 mesi post-stroke): complicanze mediche ripetute (polmonite ab ingestis, nonostante misure antidisfagia), pielonefriti (> 1), febbre ricorrente nonostante terapia antibiotica (febbre persistente dopo 7 giorni di terapia)	☐ SÌ	☐ NO	
o Antibiotico terapia per più di 7 giorni, lesioni da decubito persistenti In stadio III-IV o demenza severa post-stroke	☐ SÌ	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ <30 giorni	☐ <3 mesi	☐ >3 mesi

Revisione n. 3 del 5 settembre 2024

Valle Camonica Solidale – Società Cooperativa Sociale ONLUS

Sede Legale: Viale dei Castagni, 2 – 25040 LOZIO (BS) – Tel 0364.494311 – Fax 0364.495007

Sede Amministrativa: Viale Alcide De Gasperi, 23 – 25047 DARFO BOARIO TERME (BS) – Tel 0364.532650 – Fax 0364.529845

C.F./P.IVA 03214740981 – N. REA BS-514877 – email pec: vallecamonicasolidale@pec.it email: info@vallecamonicasolidale.it

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEUROLOGICO CRONICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	☐ NO	☐ SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	☐ SÌ	☐ NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	☐ SÌ	☐ NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: SNG/PEG/PEJ	☐ SÌ	☐ NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE NON INVASIVA	☐ SÌ	☐ NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE INVASIVA/TRACHEO	☐ SÌ	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE: SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza di due o più dei seguenti criteri)			
o Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale	☐ SÌ	☐ NO	
o Sintomi complessi e di difficile controllo	☐ SÌ	☐ NO	
o Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare	☐ SÌ	☐ NO	
o Disfagia progressiva	☐ SÌ	☐ NO	
o Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria	☐ SÌ	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ <30 giorni	☐ <3 mesi	☐ >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO EPATOPATICO CRONICO GRAVE			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI ?	☐ NO	☐ SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	☐ SÌ	☐ NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	☐ SÌ	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (richiede la presenza di UNO o PIU' criteri)			
o Cirrosi avanzata Child C (determinato in assenza di complicanze o dopo trattamento ottimale), MELD-Na score > 30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite refrattaria, sindrome epatorenale o emorragia digestiva alta da ipertensione portale con fallimento del trattamento farmacologico ed endoscopico) e assenza di indicazioni per trapianto o TIPS	☐ SÌ	☐ NO	
o Carcinoma epatocellulare: presente in stadio C o D (Barcellona Clinic LiverCancer)	☐ SÌ	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ <30 giorni	☐ <3 mesi	☐ >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEFROPATICO CRONICO GRAVE			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI ?	☐ NO	☐ SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	☐ SÌ	☐ NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DAL PAZIENTE E DAL CARE-GIVER/FAMIGLIARI: PROSECUZIONE DIALISI	☐ SÌ	☐ NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	☐ SÌ	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)			
o Insufficienza renale grave (FG < 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati	☐ SÌ	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ <30 giorni	☐ <3 mesi	☐ >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON DEMENZA			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI ?	☐ NO	☐ SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	☐ SÌ	☐ NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	☐ SÌ	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DEMENZA (presenza di due o più dei seguenti criteri)			
o Criteri di gravità: incapacità a vestirsi, lavarsi, o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c), incontinenza doppia (GDS/FAST 6d-e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata, 6 o meno parole intelligibili (GDS/FAST 7) (Global Deterioration Scale/Function Assessment Staging Test)	☐ SÌ	☐ NO	
o Criteri di progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL negli ultimi 6 mesi nonostante un intervento terapeutico adeguato (non imputabile ad una situazione acuta per processo intercorrente) o presenza di difficoltà alla deglutizione, o rifiuto del cibo, in pazienti che non riceveranno nutrizione enterale o parenterale.	☐ SÌ	☐ NO	
o Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (> 3 in 12 mesi) per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite,	☐ SÌ	☐ NO	
o Settlicemia, etc. (che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo)	☐ SÌ	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ <30 giorni	☐ <3 mesi	☐ >3 mesi



ValleCamonicaSolidale

QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITA', STABILITÀ E INSTABILITÀ

MALNUTRIZIONE E/O DENUTRIZIONE Marcatori Nutrizionali, almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: o Severità: albumina serica < 2,5g/dl, non correlato a eventi acuti o Progressione: perdita di peso > 10% o Percezione clinica di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti	☐ SÌ	☐ NO
MARCATORI FUNZIONALI , almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: o Severità: dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel <25, ECOG>2 o Karnofsky <50%) o Progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento Terapeutico o Percezione clinica di un deterioramento funzionale (persistente intenso/grave, progressivo, irreversibile) non legato a condizioni intercorrenti	☐ SÌ	☐ NO
ALTRI MARCATORI DI SEVERITÀ E FRAGILITÀ ESTREMA , almeno 2 dei seguenti negli ultimi 6 mesi: o Ulcere da decubito croniche (III-IV grado) o Infezioni ricorrenti (>1) o Stato confusionale acuto (delirium) o Disfagia persistente o Cadute(>2) o Disturbi del sonno o Dispnea o Dolore o Disturbi gastroenterici	☐ SÌ	☐ NO
STRESS EMOTIVO con sintomi psicologici (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute	☐ SÌ	☐ NO
ULTERIORI FATTORI DI UTILIZZO DI RISORSE. Una qualsiasi delle seguenti: o 2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche, nell'ultimo anno o Necessità di cure complesse/intense continue, sia in un istituto di cura che al domicilio	☐ SÌ	☐ NO
CONTESTO SOCIALE DIFFICILE	☐ SÌ	☐ NO
COMORBIDITÀ ≥ 2 patologie concomitanti	☐ SÌ	☐ NO

Il Medico Proponente _____

Revisione 3 del 5 settembre 2024

Valle Camonica Solidale – Società Cooperativa Sociale ONLUS

Sede Legale: Viale dei Castagni, 2 – 25040 LOZIO (BS) – Tel 0364.494311 – Fax 0364.495007

Sede Amministrativa: Viale Alcide De Gasperi, 23 – 25047 DARFO BOARIO TERME (BS) – Tel 0364.532650 – Fax 0364.529845

C.F./P.IVA 03214740981 – N. REA BS-514877 – email pec: vallecamonicasolidale@pec.it email: info@vallecamonicasolidale.it