


1/2	RELAZIONE SANITARIA HOSPICE (da compilare a cura del Medico Curante in modo leggibile in ogni sua parte)	
-----	---	---

COGNOME _____ **NOME** _____ **DATA DI NASCITA** _____

DIAGNOSI PRINCIPALE ONCOLOGICA

Presenza di metastasi no si specificare la sede _____

DIAGNOSI PRINCIPALE NON ONCOLOGICA

COMORBILITA'

POSITIVITA' HBV HCV HIV TPHA/VDRL

CONSAPEVOLEZZA DELLA MALATTIA

Ospite si no della gravità si no
Familiari si no della gravità si no

TERAPIA ONCOLOGICA SPECIFICA

Chemioterapia - Radioterapia si no se no sospesa quando: _____

TERAPIA DEL DOLORE

si no Intensità e sede _____

TERAPIA IN ATTO (specificare Farmaco, Dosi e Orari)

FARMACOALLERGIE _____

ALIMENTAZIONE

Naturale per os **NET: SNG** **PEG** **NPT: CVC** **CVP**


PORTATORE DI: Catetere Vescicale stomia quale _____

Lesioni da Pressione no si

Sede _____ Grado _____

Sede _____ Grado _____

ALTRO _____

2/2	RELAZIONE SANITARIA HOSPICE (da compilare a cura del Medico Curante in modo leggibile in ogni sua parte)	
-----	---	---

GRADO ECOG - INDICE DI KARNOFSKY

	GRADO ECOG	INDICE KARNOFSKY
0	Paziente fisicamente attivo, in grado di svolgere senza restrizione la normale attività pre terapia	100-90
1	Paziente limitato nell'attività fisica massima; può essere seguito in ambulatorio e svolgere un lavoro di entità leggera o di tipo sedentario	80-70
2	Paziente ambulatoriale ed in grado di accudire se stesso, ma incapace di svolgere ogni attività lavorativa. Resta alzato per più del 50% delle ore di veglia	60-50
3	Paziente in grado di accudire se stesso solo parzialmente e costretto a letto per più del 50% delle ore di veglia	40-30
4	Paziente grave costretto a letto e non in grado di accudire se stesso	20-10
5	Deceduto	0

Edmonton Symptom Assessment Scale (E.S.A.S.)

	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	FORTE	MOLTO FORTE
Dolore	0	1 2 3	4 5 6	7 8	9 10
Stanchezza	0	1 2 3	4 5 6	7 8	9 10
Nausea	0	1 2 3	4 5 6	7 8	9 10
Depressione	0	1 2 3	4 5 6	7 8	9 10
Ansia	0	1 2 3	4 5 6	7 8	9 10
Sonnolenza	0	1 2 3	4 5 6	7 8	9 10
Mancanza di Appetito	0	1 2 3	4 5 6	7 8	9 10
Malessere	0	1 2 3	4 5 6	7 8	9 10
Dispnea	0	1 2 3	4 5 6	7 8	9 10
Altro	0	1 2 3	4 5 6	7 8	9 10

Data _____

Timbro e firma del Medico

N.B. Si prega di allegare tutta la documentazione sanitaria in Vs possesso, in particolare copie di cartelle cliniche di precedenti ricoveri ed eventuali accertamenti diagnostici strumentali.