

MODULO UNICO DI RICHIESTA RICOVERO IN HOSPICE

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Sesso: M F Stato civile _____

Residente: Città _____ Via _____ n° _____

Domicilio (se diverso da residenza): _____

Telefono / Cellulare : _____

Familiare / Care-giver (Cognome e Nome, tipo di rapporto con il paziente, contatto)

1. _____ 2. _____

Segnalato da:

MMG Dott. _____ Cell. _____ e-mail _____

Medico Ospedaliero Dott. _____ Cell. _____ e-mail _____

Altro _____ Cell. _____ e-mail _____

Motivo della richiesta

Ricovero Fine vita (se Sì, mortalità prevista entro 72 ore? Sì No)

Ricovero Sintomi NON controllati, specificare _____

Ricovero Sollievo familiare Temporaneo (in progetto di fine vita) _____

Diagnosi principale (se oncologica, eventuali localizzazioni secondarie)

Grado di consapevolezza diagnosi

a. Persona assistita

Nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi

Conosce la diagnosi, ma ignora la prognosi

Consapevole della terminalità, ma non dell'imminenza della morte

Completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

b. Familiari

Nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi

Conoscono la diagnosi, ma ignorano la prognosi

Consapevoli della terminalità, ma non dell'imminenza della morte

Completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

NOTE _____

Data _____

Firma _____

Inviare la presente richiesta a:

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEI BISOGNI

Fax: 0371/5872762

e-mail: uovccss@asst-lodi.it