

MODULO UNICO 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. _____ UNITA' OPERATIVA _____
TELEFONO _____ e-mail _____

Altro _____ Cell. _____ e-mail _____

Diagnosi principale (se oncologica, eventuali localizzazioni secondarie)

Problemi clinici aperti

Note clinico-assistenziali (presidi e ausili, NPT, SNG, PEG, NIMV, CVC, stomie, pompe infusive, ecc.)

Motivo della richiesta

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

Sintomi NON controllati, specificare _____

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

Grado di consapevolezza diagnosi

a. Persona assistita

Nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi

Consapevole della terminalità, ma non dell'imminenza della morte

Conosce la diagnosi, ma ignora la prognosi

Completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

b. Familiari

Nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi

Consapevoli della terminalità, ma non dell'imminenza della morte

Conoscono la diagnosi, ma ignorano la prognosi

Completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

Data _____

Firma _____

Inviare la presente richiesta, possibilmente allegando documentazione clinica, ai seguenti recapiti:

e-mail: lista.hospice@asst-lodi.it

Fax: 0371/372809