

### Richiesta di ricovero

- HOSPICE       Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom, ex aSTCP, ex ODCP)

Nome ..... Cognome ..... Data di nascita .....

Indirizzo .....

Riferimenti telefonici .....

Familiare/car-giver (nome e cognome, tipo di rapporto con il paziente) .....

Riferimenti telefonici .....

Segnalato da

MMG dott. .... Tel. ....

Medico Ospedaliero dott. .... Tel. ....

Presidio ..... U.O. di ricovero .....

Atro Specialista dott. .... Tel. ....

Segnalazione per:

fine vita

sintomi non controllati, specificare .....

sollievo familiare in percorso di terminalità

Altro, specificare.....

Diagnosi principale ed eventuali localizzazioni secondarie (se assistito oncologico)

Ulteriori problemi clinici aperti .....

Dimissione dal reparto prevista per il .....

Stato di coscienza  vigile  soporoso  disorientato  agitazione psicomotoria  coma

Consapevolezza diagnosi  assente  parziale  adeguata

Consapevolezza diagnosi familiari  assente  parziale  adeguata

pompe infusive  catetere vescicale a permanenza  SNG  PEG  NPT  stomie

Supporto ventilatorio  CVC  materasso/cuscino antidecubito

altro, specificare .....

Data ..... Firma .....

Per Cure Palliative Domiciliari

inviare via fax n° 0371.376555 o via email [cure.palliative@asst-lodi.it](mailto:cure.palliative@asst-lodi.it).

Per ricovero in Hospice

Inviare via fax n° 0371.372809 o via email [lista.hospice@asst-lodi.it](mailto:lista.hospice@asst-lodi.it).

Informazioni al n. 0371.376477