

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.

Per ricovero in Hospice

Inviare via fax n° 0371.372809 o via email lista.hospice@asst-lodi.it.