



## 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](mailto:lista.hospice@asst-lodi.it)

Fax: **0371/372809**