



Richiesta di ricovero in Hospice

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Il ___/___/____ Età _____

Residenza _____ Via _____ N° _____

Telefono _____ Codice Fiscale _____

Tessera San. _____ Esenzione _____

Stato civile _____ Professione _____ Scolarità _____

MMG Dott. _____ Tel. _____ Cell. _____

Segnalato da: _ MMG _ RSA _ Familiari

Ospedale _____

Reparto _____ Tel. _____

Persona di riferimento: _____

Grado di parentela: _____ Tel. _____ Cell. _____

Presenza di persone che accudiscono il paziente:

_ Nessuna _ Badante _ Familiare

_ Più familiari (familiare + badante)

Situazione abitativa:

_ Insufficiente _ Sufficiente

_ Mediocre _ Buona

Stato socio-economico:

_ Insufficiente _ Sufficiente

_ Medio _ Alto

Tipo di richiesta di ricovero:

_ Terapeutico per sintomi non controllabili _ Sollievo familiare

_ Situazione socio-economica _ altro _____

_ Neoplasia: _____

_ Metastasi: _ assenti _ presenti
 _ polmonari _ ossee _ epatiche
 _ encefaliche _ linfonodali _ peritoneali

_ Malattia non neoplastica: _____

_ Comorbilità: _ BPCO _ ipertensione _ arteriopatia _ pregresso IMA
 _ cirrosi _ I.R. cronica _ I.R. acuta _ portatore P.M.
 _ psicosi _ epilessia _ depressione _ pregresso Ictus
 _ _____

Terapia in atto: _____

Terapia antalgica: _____

Presidi: _ catetere vescicale _ uretestomia
 _ Port-A-Cath _ catetere venoso centrale
 _ colonsomia _ PEG/digiunostomia
 _ SNG _ medicazioni complesse
 _ altro _____

Accertamenti recenti: _____

Sintomi:

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> insonnia | <input type="checkbox"/> coma | <input type="checkbox"/> anoressia |
| <input type="checkbox"/> sonnolenza | <input type="checkbox"/> sopore | <input type="checkbox"/> melena |
| <input type="checkbox"/> confusione | <input type="checkbox"/> singhiozzo | <input type="checkbox"/> emorragia |
| <input type="checkbox"/> agitazione | <input type="checkbox"/> disfagia | <input type="checkbox"/> disuria |
| <input type="checkbox"/> disorientamento S/T | <input type="checkbox"/> nausea | <input type="checkbox"/> disidratazione |
| <input type="checkbox"/> allucinazione | <input type="checkbox"/> vomito | <input type="checkbox"/> ascite |
| <input type="checkbox"/> ansia | <input type="checkbox"/> diarrea | <input type="checkbox"/> febbre |
| <input type="checkbox"/> depressione | <input type="checkbox"/> stipsi | <input type="checkbox"/> tenesmo |
| <input type="checkbox"/> astenia | <input type="checkbox"/> dispnea | <input type="checkbox"/> prurito |
| <input type="checkbox"/> vertigine | <input type="checkbox"/> tosse | <input type="checkbox"/> tremore |
| <input type="checkbox"/> cefalea | <input type="checkbox"/> rantolo | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Dolore: localizzazione: _____
irradiazione: _____

Stima clinica di sopravvivenza in giorni (requisito necessario):

da 0 a 10 fino a 30 fino a 60 fino a 90 oltre 90

Specificare ove necessario: _____

Grado di consapevolezza del paziente:

- nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi
- rimuove la diagnosi e la prognosi
- conosce la diagnosi ma ignora la prognosi
- consapevole della terminalità ma non dell'imminenza di morte
- completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

Grado di consapevolezza della famiglia:

- consapevole della diagnosi ma non della prognosi
- consapevole della diagnosi e della prognosi

Commenti:

Timbro e firma del Medico proponente

Recapito telefonico: _____

Data di compilazione: ____/____/____

Il presente modulo deve essere compilato accuratamente in ogni sua parte e consegnato a mano presso l'Hospice o inviato a hospice.lainate@sercop.it

Da compilarsi a cura del Medico dell'Hospice:

Data di ricevimento in Hospice: ____/____/____

Esaminata la documentazione inviata si ritiene il paziente:

idoneo **non idoneo**

all'ammissione in Hospice.

Data ____/____/____

Il Medico competente _____