

RICHIESTA DI RICOVERO HOSPICE BUSCA PER UTENTI NON ASL CN1

(da compilare in tutte le parti e spedire via fax al n. 0171/948728)

Cognome			Nome			data nascita.....		
Residenza: Via			Città			Tel.....		
Domicilio: Via			Città			Tel.....		
Situazione familiare			celibe/nubile <input type="checkbox"/>	coniugato/a <input type="checkbox"/>	vedovo/a <input type="checkbox"/>			
Nome e relazione parentale della persona di riferimento:.....						Tel.....		
Medico di base Dott.....				Tel.....				

Collocazione attuale del malato:

1) **DOMICILIO:** casa propria casa di un familiare ADI sì no ADI-UOCP sì no

2) **RSARA** **CASA DI CURA**

3) **OSPEDALE**.....RepartoN. telefono.....

Patologia Neoplastica: SI NO **se no** → Altra Patologia.....

Se Neoplastica

Malattia primitiva ed eventuali metastasi (sede)..... sintomatiche sì no

Ha terminato le terapie causali ? no sì Quali: → CT RT Chirurgia

Karnofsky (0-100) (vedi allegato)

Attesa di vita presunta: < 1 mese tra 1 e 3 mesi > 3 mesi

Sintomi: dolore dispnea nausea vomito anoressia astenia
 agitazione delirium occlusione intestinale altro

Orientamento temporo-spaziale: normale alterno assente

Stato di coscienza: normale confusione obnubilato coma

Mobilità: autonoma parzialmente dipendente allettato

Conoscenza di diagnosi: completa parziale nulla

Conoscenza di prognosi: completa parziale nulla

Ricovero temporaneo? sì no

Situazione familiare: Assenza del Care Giver esaurimento temporaneo persistente
 Fragilità (figli minori altri familiari con patologie altro

Stomie no sì tipo..... CVC no sì tipo..... Lesioni da decubito sì no

Terapia attuale

Ulteriori motivazioni della proposta di ricovero.....

Data..... Firma del medico proponente

Visto ed Approvato Direttore SC Cure Palliative ASL CN1..... Data.....