

RICHIESTA DI RICOVERO HOSPICE BUSCA

Cognome Nome data nascita.....
Indirizzo Città ☎
Situazione familiare celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ vedovo/a ☐
Nome e relazione parentale della persona di riferimento:.....
1° ☎ 2° ☎
Medico di base Dott..... ☎

Collocazione attuale del malato: **non protetta:** casa propria casa di un familiare

protetta: ADI → ☐ sì ☐ no ☐ Casa di Cura ☐ Casa di riposo

Ricoverato Ospedale Reparto Medico

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 ☐ delirio ☐ 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 Responsabile SC Cure Palliative :..... Data.....