

**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.....