

Richiesta di presa in carico per ricovero in Hospice

Richiedente : Medico di Medicina Generale
 Medico Ospedaliero

Dr/Dr.ssa _____ Telefono fisso _____

Cellulare _____ U.O. ed Ospedale di appartenenza _____

_____ Tel e Fax _____

Dati del Paziente:

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Luogo e data di nascita _____

Stato civile: Coniugato/a Nubile Celibe Separato/a Divorziato/a Vedovo/a Indirizzo _____

_____ Città _____ Pr. _____

Tel _____ Codice Fiscale _____

Medico Curante _____ Tel _____ cellulare _____

Patologia principale (inviare breve relazione clinica con l'esito degli ultimi esami strumentali, di laboratorio alterati e con indicazione della terapia in corso)

Diagnosi _____

Karnofsky Performance Score _____

Infezioni in atto (specificare _____)

Necessità di Emotrasfusioni _____

Supporto Nutrizionale (Parenterale, Enterale) _____

DISAGIO/STRESS FAMILIARE

- 1 Buon contesto familiare in termini sociali, con identificazione care-giver affidabile ;
- 2 Presenza parenti "diretti" che esprimono difficoltà stress/familiare o elementi di particolare disagio documentabili ;
- 3 Presenza parenti "non diretti" che esprimono difficoltà, stress di gestione o elementi di particolare disagio documentabili ;
- 4 Presenza parenti ma con disabilità o età geriatrica ;
- 5 Assenza parenti .

Sono in corso o sono previsti trattamenti quali:

CHT Si No RT Si No CHIRURGIA Si No ALTRO: specificare

Se sì con quale finalità: _____

Il paziente è portatore di:

Catetere Vescicale Port-A-Cath/ CVC/ PICC /MIDLINE Stomia Intestinale SNG

Ferita chirurgica con punti di sutura Tracheostomia Pace Maker Ureterostomia

PEG/Digiunostomia Drenaggio Toracico / addominale

Altro_

Il paziente è consapevole della sua patologia? Si No

Il paziente è consapevole della prognosi? Si No

Si dichiara pertanto che :

Il/la pz. ha effettuato consulenza specialistica oncologica dalla quale si evince che la patologia da cui è affetto/a è in fase terminale, a prognosi infausta e fuori da ogni possibile terapia specifica finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione di malattia.

Il paziente (se consapevole della diagnosi) ed i familiari sono stati informati in maniera chiara ed esaustiva sul fatto che il malato verrà affidato ad una struttura per il trattamento di malattie in fase terminale a prognosi infausta dove non viene effettuata alcuna terapia specifica per la patologia di base, ma solo trattamenti volti ad alleviare i sintomi ed a migliorare la qualità di vita residua e pertanto acconsentono al ricovero in Hospice .

Alla presente richiesta di ricovero in Hospice si dovrà allegare :

- **Attestato di off-therapy (pz non suscettibile di terapia specifica finalizzata alla guarigione ossia CHT o Radio etc) ;**
- **Terapia in corso (saranno esclusi dal ricovero pazienti con terapie specialistiche in corso che richiedono monitoraggio laboratoristico e/o strumentale) .**

Firma del paziente _____

Firma del familiare (qualora il paziente non sia in grado di esprimere il consenso al ricovero in Hospice) _____

Timbro e firma del medico richiedente _____

Data _____

- Familiare di riferimento _____ Tel. _____