

Procedura interaziendale concordata il 11.06.2012 (Revisione 02 dd. 20/06/2013)

**MODULO PER ACCOGLIENZA IN HOSPICE**

**Inviante**

- Distretto Sanitario n° .....
- CSO
- MMG dr.ssa/dr. ....

**Data** .....

**Cognome Nome** .....

Nata/o il ..... a ..... provincia .....

Residente a ..... via ..... provincia .....

Recapiti telefonici .....

**Provenienza**  Domicilio  Ospedale (reparto).....

RSA .....

Altro .....

**Motivo della richiesta di ricovero**

Controllo dei sintomi (specificare).....NRS (0-10) .....

Prognosi limitata

Difficoltà di gestione quotidiana

Modulo respiro

Altro (specificare).....

**Diagnosi**.....

.....

.....

.....

.....

**Punteggio Karnofsky Performance Status** ..... % (0-100 %)

**Percorso diagnostico concluso**  no  si

**Esclusione da terapie specifiche** (Radio o Chemioterapia...)  no  si

**Il paziente accetta il trasferimento in Hospice**  no  si

**La famiglia è stata informata del trasferimento in Hospice**  no  si

Paziente deambula  no  si

Si alimenta  no  si

E' confuso  no  si

Note .....

.....

**Medico/Infermiere compilatore**.....telefono .....

(stampatello)