

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)