

**Egregio Signor, Gentile Signora**

Per la richiesta di ricovero presso l'Hospice è necessario presentare i seguenti documenti:

- 1. "Domanda di ammissione in Hospice"**
compilata in tutte le sue parti
- 2. Relazione clinica esaustiva ed aggiornata anche con le terapie in atto**
compilata dal medico che ha in cura il paziente
- 3. Carta d'identità, Tessera Sanitaria**
in fotocopia

Per la valutazione di idoneità al ricovero in Hospice i suddetti documenti andranno consegnati:

- ↳ direttamente presso l' Hospice del Pio Albergo Trivulzio - via Trivulzio 15, Milano – corridoio Est 4° piano
- ↳ inviati a mezzo fax 02.4029543 o via e-mail agli indirizzi sotto riportati.

L'accettazione della domanda è subordinata a un colloquio informativo e di condivisione con un familiare o un delegato del paziente, previo appuntamento telefonico.

Si ricorda che è necessaria la residenza in Regione Lombardia

Per i pazienti con residenza in altra Regione occorre l'autorizzazione della ASL di appartenenza che autorizzi il ricovero presso la nostra struttura.

Per informazioni e appuntamenti

Tel. 024029541 – 024029542 Fax: 024029543
e-mail: hospice@pioalbergotrivulzio.it

Dott.ssa Lucia Castellani (Medico): lucia.castellani@pioalbergotrivulzio.it
Sig.ra Cristiana Pigliacampo (coordinatrice infermieristica):
cristiana.pigliacampo@pioalbergotrivulzio.it

Il giorno del ricovero è necessario presentare:

Impegnativa redatta su Ricettario del Servizio Sanitario Regionale con la dicitura: **"Ricovero in Hospice per Cure Palliative"** e con le seguenti informazioni:

- nome e cognome del paziente
- diagnosi principale
- timbro del medico richiedente



Il sottoscritto Dr. _____

propone il ricovero in Hospice del paziente:

Cognome _____ Nome _____ M F

Nato il _____ a _____ età _____

Residente a _____ Via _____ CAP _____

Stato civile _____ Professione _____

SITUAZIONE DI CONVIVENZA E SISTEMAZIONE ABITATIVA

Con chi vive? _____ N. locali _____ Piano _____

Figli minorenni _____

Supporto dei Servizi Sociali: **SÌ** **NO** Quali? _____

In assistenza con Unità CP Domiciliari _____

Quali? _____

Attualmente il paziente si trova: Domicilio Struttura Sanitaria _____

RSA (specificare) _____

Numero telefonico reparto/MMG _____

Referente struttura/ MMG _____

FAMILIARI O PERSONE DI RIFERIMENTO

1. Cognome e nome _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

2. Cognome e nome _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

3. Cognome e nome _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

**MOTIVI DELLA RICHIESTA DI RICOVERO**

- sintomatologia non controllata
 ambiente attuale improprio o non idoneo
 presenza di minori al domicilio
 insufficiente supporto familiare
 mancanza di assistenza domiciliare
 altro
 sollievo per la famiglia

DIAGNOSI

CONDIZIONI GENERALI buone mediocri scadute
CONDIZIONI PSICHICHE

Stato cognitivo
 (orientamento, memoria, ecc) integro alterato
Stato psicoemotivo
 (ansia/depressione/agitazione) integro alterato
patologie psichiatriche maggiori SI NO
pregresso tentato suicidio SI NO

SONDE/STOMIE: _____

SUPPORTI RESPIRATORI E/O MECCANICI: _____

CAPACITA' FUNZIONALI	autonomo	con aiuto	dipendente
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lavarsi/vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTINENZA SFINTERICA	autonomo	parziale	dipendente
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LESIONI DELLA CUTE no si (segnalare sede e stadio)


TERAPIA MEDICA IN ATTO:

ALTRE TERAPIE IN CORSO O PROGRAMMATE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> nessuna | <input type="checkbox"/> nutrizione per SNG | <input type="checkbox"/> radioterapia |
| <input type="checkbox"/> ossigeno terapia | <input type="checkbox"/> nutrizione per PEG | <input type="checkbox"/> chemioterapia |
| <input type="checkbox"/> ventilazione polmonare | <input type="checkbox"/> dialisi | <input type="checkbox"/> altro |

KARNOFSKY _____ %

SOPRAVVIVENZA STIMATA (in mesi) _____

Data di compilazione _____

Firma e timbro del medico compilatore

SPAZIO RISERVATO ALL'HOSPICE
Valutazione appropriatezza ricovero:

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> POTENZIALMENTE IDONEO | <input type="checkbox"/> NON IDONEO | <input type="checkbox"/> IN SOSPESO |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|

ANNOTAZIONI

Data _____ Firma Case Manager _____



SINTESI COLLOQUIO

Caregiver _____

(indicare Nome, cognome e grado di parentela o relazione con paziente)

Valutazione idoneità:

IDONEO

NON IDONEO

IN SOSPESO

Note: _____

Data _____ Firma Case Manager _____

rifiuta ricovero

deceduto in data _____

Firma Case Manager _____