

Proposta di Ricovero in Hospice

Promossa da: paziente stesso familiare caregiver
 medico di medicina generale medico ospedaliero

Cognome _____ Nome _____ M F

nato/a a _____ (_____) il

residente a _____ via _____ ASL _____

tel.: _____ e-mail _____

Titolo di studio _____

paziente affetto da malattia in fase avanzata con assenza o inopportunità di indicazione a trattamenti di cura specifici.

Il paziente è attualmente assistito:

- nel proprio domicilio senza assistenza domiciliare
- nel proprio domicilio in ADI.....N° accessi IP/settimana _____
- nel proprio domicilio in ADO..... N° accessi IP/settimana _____
- ricoverato in Ospedale.....reparto _____
- ospite nella struttura residenziale _____

Caregiver: nessuno
 familiare
 badante

Criticità logistico-strutturali del domicilio: SI NO

Data _____ / _____ / _____

Firma e recapito telefonico del proponente

_____ tel. _____