

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: