

	(Allegato 2)		
	Segnalazione di ricovero in Hospice		
PROCEDURA PER STRUTTURE HOSPICE ACCREDITATE AZIENDALI	Data emissione: 07/11/2018	Rev. 0	Pagina 1 di 1

Da compilare a cura del Medico di Medicina Generale, Medico Ospedaliero, Medico Palliativista di Struttura pubblica, Referente S.L.A. Aziendale

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa

Telefono ambulatorio _____ Telefono cellulare _____

Propone il ricovero in Struttura Hospice, per il paziente:

COGNOME _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOME _____	SESSO	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
DATA DI NASCITA ____/____/____	LUOGO _____	
COMUNE DI RESIDENZA _____	PROV. _____	
INDIRIZZO _____	N° _____	
TEL. ABITAZIONE _____	TEL. CELLULARE _____	
CODICE FISCALE // // // // // // // // // // ASL DI APPARTENENZA _____		

- Paziente affetto da una malattia progressiva e in fase avanzata, in rapida evoluzione e a prognosi infausta, non più suscettibile di una terapia etiopatogenetica si ☐ no ☐
- Persona che vive da sola si ☐ no ☐
- Condizioni abitative inadeguate si ☐ no ☐
- Elevato livello di necessità di assistenza sociale si ☐ no ☐

DIAGNOSI: _____

Luogo di provenienza dell'assistito:

- ☐ domicilio senza Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)
- ☐ domicilio con Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) Cure Palliative
- ☐ ricoverato presso _____
- ☐ Necessità di accesso in Hospice, nelle more della UVDM/autorizzazione distrettuale, come previsto in deroga alla pag. 11 delle procedure aziendali.

Firma per accettazione dell'interessato/tutore

Firma e timbro del medico proponente

Data proposta ____/____/____

Da inviare tramite mail alla P.U.A., competente per fascia di età, del Distretto di residenza del paziente.