



**HOSPICE IL GELSO**  
Centro Residenziale di Cure Palliative  
P.zza Prina , 1 – 22036 Erba (CO)  
Tel 031/33.32.157 – Fax 031/33.32.160  
email: hospice@giuseppinaprina.it



## Richiesta di ricovero in Hospice

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tessera San. \_\_\_\_\_ Esenzione \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_ Scolarità \_\_\_\_\_

MMG Dott. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Segnalato da:  MMG  RSA  Familiari

Ospedale \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Persona di riferimento: \_\_\_\_\_

Grado di parentela: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### Presenza di persone che accudiscono il paziente:

Nessuna  Badante  Familiare

Più familiari (familiare + badante)

### Situazione abitativa:

Insufficiente  Sufficiente

Mediocre  Buona

### Stato socio-economico:

Insufficiente  Sufficiente

Medio  Alto

### Tipo di richiesta di ricovero:

Terapeutico per sintomi non controllabili  Sollievo familiare

Situazione socio-economica  altro \_\_\_\_\_



**Neoplasia:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Metastasi:**     assenti                       presenti  
                           polmonari                       ossee                       epatiche  
                           encefaliche                       linfonodali                       peritoneali

**Malattia non neoplastica:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Comorbidità:**     BPCO                       ipertensione                       arteriopatia                       pregresso IMA  
                           cirrosi                       I.R. cronica                       I.R. acuta                       portatore P.M.  
                           psicosi                       epilessia                       depressione                       pregresso Ictus  
                           \_\_\_\_\_

**Terapia in atto:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Terapia antalgica:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Presidi:**                       catetere vescicale                       uretestomia  
                           Port-A-Cath                       catetere venoso centrale  
                           colostomia                       PEG/digiunostomia  
                           SNG                       medicazioni complesse  
                           altro \_\_\_\_\_

**Accertamenti recenti:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**Sintomi:**

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> insonnia            | <input type="checkbox"/> coma       | <input type="checkbox"/> anoressia      |
| <input type="checkbox"/> sonnolenza          | <input type="checkbox"/> sopore     | <input type="checkbox"/> melena         |
| <input type="checkbox"/> confusione          | <input type="checkbox"/> singhiozzo | <input type="checkbox"/> emorragia      |
| <input type="checkbox"/> agitazione          | <input type="checkbox"/> disfagia   | <input type="checkbox"/> disuria        |
| <input type="checkbox"/> disorientamento S/T | <input type="checkbox"/> nausea     | <input type="checkbox"/> disidratazione |
| <input type="checkbox"/> allucinazione       | <input type="checkbox"/> vomito     | <input type="checkbox"/> ascite         |
| <input type="checkbox"/> ansia               | <input type="checkbox"/> diarrea    | <input type="checkbox"/> febbre         |
| <input type="checkbox"/> depressione         | <input type="checkbox"/> stipsi     | <input type="checkbox"/> tenesmo        |
| <input type="checkbox"/> astenia             | <input type="checkbox"/> dispnea    | <input type="checkbox"/> prurito        |
| <input type="checkbox"/> vertigine           | <input type="checkbox"/> tosse      | <input type="checkbox"/> tremore        |
| <input type="checkbox"/> cefalea             | <input type="checkbox"/> rantolo    | <input type="checkbox"/> _____          |
| <input type="checkbox"/> _____               | <input type="checkbox"/> _____      | <input type="checkbox"/> _____          |

**Dolore:** localizzazione: \_\_\_\_\_  
 irradiazione: \_\_\_\_\_

**Stima clinica di sopravvivenza in giorni (requisito necessario):**

- da 0 a 10     fino a 30     fino a 60     fino a 90     oltre 90

Specificare ove necessario: \_\_\_\_\_

**Grado di consapevolezza del paziente:**

- nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi
- rimuove la diagnosi e la prognosi
- conosce la diagnosi ma ignora la prognosi
- consapevole della terminalità ma non dell'imminenza di morte
- completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

**Grado di consapevolezza della famiglia:**

- consapevole della diagnosi ma non della prognosi
- consapevole della diagnosi e della prognosi



**Commenti:**

---

---

---

---

---

---

Timbro e firma del Medico proponente

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Data di compilazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il presente modulo deve essere compilato accuratamente in ogni sua parte e consegnato a mano presso l'Hospice o inviato per FAX al seguente numero: 031/33.32.160**

*Da compilarsi a cura del Medico dell'Hospice:*

Data di ricevimento in Hospice: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esaminata la documentazione inviata si ritiene il paziente:

**idoneo**

**non idoneo**

all'ammissione in Hospice.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Medico competente \_\_\_\_\_