

Allegato A



Asl5

Segnalazione per il ricovero

Hospice ASL 5– Sarzana (SP)



(da compilare a cura del Medico proponente e inviare all'Hospice via fax al n° 0187-5351214)

Cognome e nome Nato/a il

Residenza:

Attualmente: ☐ a casa ☐ in ospedale ☐ in altra struttura

Con chi vive: ☐ solo ☐ familiare/assistente valido ☐ familiare invalido

Recapiti telefonici:/.....

SE NON A CASA, specificare struttura e reparto:

In carico alla rete di Cure Palliative? ☐ SI' ☐ NO

SE SI', specificare: data della presa in carico a domicilio: data ultima visita

Diagnosi:

Indicati trattamenti volti alla guarigione o al rallentamento della malattia? ☐ SI' ☐ NO

Il paziente necessita di cure palliative specialistiche? ☐ SI' ☐ NO

Il paziente è in fase agonica? ☐ SI' ☐ NO

Sopravvivenza stimata (giorni): Indice di Karnofsky:

Motivo della non praticabilità dell'AD:

.....

Medico proponente:

Rete domiciliare CP di appartenenza:

Recapiti telefonici per contatti:

DATA

TIMBRO PERSONALE E FIRMA
DEL MEDICO PROPONENTE

Numero progressivo
(a cura dell'Hospice)