

### Richiesta di Ricovero

HOSPICE

ODCP ( Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative)

Nome.....Cognome.....Età.....

Indirizzo.....

Riferimenti telefonici.....

Familiare/care-giver (nome e cognome, tipo di rapporto con il paziente).....

riferimenti telefonici.....

segnalato da

MMG dott. .... Tel. ....

Medico Ospedaliero dott. .... Tel. ....

Presidio.....U.O. di ricovero.....

Altro Specialista dott. ....Tel. ....

Segnalazione per:

dimissione protetta dall'ospedale data prevista .....

sintomi non controllati specificare.....

motivazione sociale,specificare.....

sollievo familiare

Altro specificare.....

Diagnosi principale ed eventuali localizzazioni secondarie (se oncologico)

Ulteriori problemi clinici aperti.....

Stato di coscienza  vigile  soporoso  disorientato  agitazione psicomotoria  coma

Consapevolezza diagnosi  assente  parziale  adeguata

Consapevolezza diagnosi familiari  assente  parziale  adeguata

pompe infusive  catetere vescicale a permanenza  SNG  PEG  NPT  stomie

Supporto respiratorio  CVC  materasso/cuscino antidecubito

altro specificare.....

Data ..... Firma.....

Per Ospedalizzazione domiciliare

inviare via fax n° 0371.372324 o via email [algologia@ao.lodi.it](mailto:algologia@ao.lodi.it) . Informazioni al n° 0371.376477

Per ricovero Hospice

inviare via Fax al n° 0377.924956 o via email [hospice@ao.lodi.it](mailto:hospice@ao.lodi.it) . Informazioni al n° 0377.924071