**Richiesta di ricovero Cure Palliative Geriatriche**

|  |
| --- |
| **DATI PAZIENTE** |
| Cognome:       | Nome:       |
| Sesso:       | Data di nascita:       |
| Tel. privato:       | N° AVS:       |
| Cassa Malati:       [ ]  Comune [ ]  Semiprivata [ ]  Privata |
| Indirizzo:      NPA:      Domicilio:       | Motivo del ricovero: [ ]  Infortunio [ ]  Malattia |
| Data ricovero desiderata:       |
| Provenienza:       |
| Persona di riferimento:      Tel. riferimento:       | Eventuale Rappresentante terapeutico/Curatore:     Telefono Rappresentante terapeutico/Curatore:      |
| È già prevista la dimissione? [ ]  Sì [ ]  No | Data dimissione prevista:       |
| Grado di dipendenza: [ ]  Autonomo [ ]  Parzialmente dipendente [ ]  Dipendente |
| Previsione alla dimissione: [ ]  Rientro a domicilio [ ]  Dimissione improbabile [ ]  Iscritto in casa anziani |
| **Allegare diagnosi, terapia e rapporto medico** |
| Stadio malattia:[ ]  Iniziale[ ]  Fase sintomatica[ ]  Fine vita | Prognosi:[ ]  Superiore a 3 mesi[ ]  Inferiore a 3 mesi[ ]  Altro       |
| IL PAZIENTE:È informato della sua malattia È consapevole della gravità Conosce la prognosi  | [ ]  Sì [ ]  No[ ]  Sì [ ]  No[ ]  Sì [ ]  No | IL CAREGIVER/LA FAMIGLIA:Sono informati riguardo alla malattia Sono consapevoli della gravità Conoscono la prognosi  | [ ]  Sì [ ]  No[ ]  Sì [ ]  No[ ]  Sì [ ]  No |
| SERVIZI DI ASSISTENZA E CURE A DOMICILIO[ ]  ALVAD[ ]  Infermiere indipendente\*[ ]  Spitex privati\*[ ]  Altro:      [ ]  Non conosciuto\*Indicare nome e recapito      | SERVIZI SOCIALI E ASSOCIAZIONI[ ]  Lega Contro il Cancro[ ]  Pro Infirmis[ ]  Pro Senectute[ ]  Hospice Ticino: [ ]  Locarno [ ]  Bellinzona[ ]  Associazione Triangolo[ ]  Altro:       |

|  |
| --- |
| **CRITERI DI AMMISSIONE** |
| Problematica: [ ]  Fisica [ ]  Psichica [ ]  Sociale [ ]  Spirituale |
| [ ]  Dolore/altri sintomi non controllati[ ]  Sovraccarico del caregiver/familiare[ ]  Distress psicosociale nel paziente e/o famiglia riguardante la malattia progressiva, il morire o fattori  correlati [ ]  Situazione complessa al domicilio[ ]  Compensazione della rete di presa in carico attuale[ ]  Luogo di cura/morte prescelto di difficile accessibilità globale o permanenza[ ]  Malattia psichiatrica attiva in anamnesi e/o presenza di altro handicap fisico/cognitivo[ ]  Disorientamento nei/circa i valori e principi/fondamenti esistenziali[ ]  Altro:       |

|  |
| --- |
| **ALTRE INFORMAZIONI IMPORTANTI** |
|       |
| **DATI DEL RICHIEDENTE** |
| Ospedale/Clinica:       | Reparto:       |
| Medico di riferimento:       | Tel. medico:       |

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e Data:       | Firma del medico prescrivente:       |

**Questo formulario deve essere interamente compilato e inviato in originale al servizio Ammissioni:**

Via Consiglio Mezzano 38 Tel. +41 91 735 55 55

CH - 6644 Orselina E-mail: ammissioni.varini@hin.ch