**Richiesta di ricovero Cure Palliative Geriatriche**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATI PAZIENTE** (allegare breve documentazione medica) | | | | |
| Cognome: | | Nome: | | |
| Sesso: | | Data di nascita: | | |
| Via: | | Tel. privato: | | |
| NPA: | | Persona di riferimento: | | |
| Domicilio: | | Tel. riferimento: | | |
| Motivo del ricovero:  Infortunio  Malattia | | Cassa Malati:  Comune  Semiprivata  Privata | | |
| Data ricovero desiderata: | | Data dimissione prevista: | | |
| È già prevista la dimissione?  Sì  No | |  | | |
| Grado di dipendenza:  Autonomo  Parzialmente dipendente  Dipendente | | | | |
| Previsione alla dimissione:  Rientro a domicilio  Dimissione improbabile  Iscritto in casa anziani | | | | |
| Diagnosi principale: | | | Stadio:  Iniziale  Fase sintomatica  Fine vita | |
| Diagnosi secondarie: | | | Prognosi:  Superiore a 3 mesi  Inferiore a 3 mesi  Altro | |
| Terapia attuale: | | |  | |
| 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@clinicavarini.ch](mailto:ammissioni@clinicavarini.ch)