

**RICHIESTA RICOVERO REPARTO CURE PALLIATIVE GERIATRICHE CLINICA VARINI
ORSELINA****Paziente (ev. etichetta paziente)**

Cognome e Nome: _____	Nr di telefono: _____
Data di nascita: _____	_____
Località: _____	Persona di contatto e recapito telefonico:
Via e numero: _____	_____
_____	_____

Medico e/o Servizio e/o persona richiedente il ricovero (recapiti telefonici, e-mail)

Richiesto da: _____
Medico curante: _____
Medico specialista: _____

Diagnosi, Stadio e Prognosi della malattia (allegare breve documentazione medica con terapia)

Diagnosi principale: _____		
<input type="checkbox"/> Stadio iniziale	<input type="checkbox"/> Fase sintomatica	<input type="checkbox"/> Fine vita
Prognosi		
Superiore <input type="checkbox"/> ai 3 mesi	<input type="checkbox"/> Inferiore ai 3 mesi	<input type="checkbox"/> Altro

Criteri di ammissione

<input type="checkbox"/> Problematica	<input type="checkbox"/> Fisica	<input type="checkbox"/> Psicica	<input type="checkbox"/> Sociale	<input type="checkbox"/> Spirituale
<input type="checkbox"/> Dolore/altri sintomi non controllati	<input type="checkbox"/> Sovraccarico del care giver/familiare			
<input type="checkbox"/> Distress psicosociale nel paziente	<input type="checkbox"/> e/o famiglia riguardante la malattia progressiva, il morire o fattori correlati			
<input type="checkbox"/> Situazione complessa al domicilio				
<input type="checkbox"/> Decompensazione della rete di presa in carico attuale				
<input type="checkbox"/> Luogo di cura/morte prescelto di difficile accessibilità globale o permanenza				
<input type="checkbox"/> Malattia psichiatrica attiva in anamnesi e/o presenza di altro handicap fisico/cognitivo				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
Disorientamento nei/circa i valori e principi/fondamenti esistenziali				
Altro: _____				

Informazione del/della paziente**Informazione caregiver/famiglia**

<p>E' informato della sua malattia</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Conosce la prognosi</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>E' consapevole della gravità della malattia</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>E' informato della sua malattia</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Conosce la prognosi</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>E' consapevole della gravità della malattia</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
--	--

Dimissione

Se il paziente è ricoverato, è già prevista la dimissione? SI data _____ NO

Rete di servizi e associazioni attivati

Servizi di assistenza e di cure a domicilio

ALVAD* Infermiere/i indipendenti* Spitex privati* Non conosciuto

Servizi sociali e associazioni

Lega contro il Cancro* Pro Infirmis* Pro Senectute* Altri*

Fond. Hospice Ticino Locarno Bellinzona Altro: _____

Associazione Triangolo

*Indicare nome e recapito: _____

Altro (es: mezzi ausiliari particolari):

Osservazioni

--

Luogo e Data: fddfj	Firma e timbro del medico prescrivente:
----------------------------	--

Originale alla CLINICA VARINI

Questo formulario deve essere interamente compilato e inviato al servizio ammissioni della Clinica Varini:

Via Consiglio Mezzano 38

Tel. +41 91 735 55 55

CH – 6644 Orselina

Fax +41 91 735 55 56

Email: ammissioni@clinicavarini.ch

