

**AUTORIZZAZIONE RICOVERO IN HOSPICE****Dati anagrafici del paziente**

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ il _____
Residente in _____
Codice Fiscale _____
Attuale allocazione _____
MMG _____

MOTIVO DEL RICOVERO

1. DIAGNOSI DELLA MALATTIA ONCOLOGICA
 - ☐ Evolutiva
 - ☐ Inguaribile
 - ☐ Prognosi infausta (criterio clinico): _____
 2. PERFORMANCE STATUS: INDICE DI KARNOFSKY _____
 3. AMBIENTE NON IDONEO PER ASSISTENZA DOMICILIARE
 - ☐ luogo non adeguato
 - ☐ assenza di caregiver o familiari
 - ☐ altro (criterio socio-ambientale): specificare _____
- a) PRESENZA DI SEGNI E/O SINTOMI NON GESTIBILI A DOMICILIO per la loro elevata intensità (elencare quali):
- _____
 - _____
- b) RICOVERO "TEMPORANEO DI SOLLIEVO"
- ☐ malattia ad elevata attività assistenziale
 - ☐ burnout del caregiver
 - ☐ altro _____

Nome e Cognome del care giver/familiare _____

Recapito telefonico _____

Il Medico Proponente

Il Direttore S.C.
