

SCHEDA CLINICA CONOSCITIVA DI PRE-ACCETTAZIONE

COGNOME NOME ETÀ M F

DIAGNOSI Clinico Funzionale:

CONDIZIONI GENERALI: BUONE MEDIOCRI SCADUTE

CONDIZIONI PSICHICHE:

- Stato cognitivo (orientamento, memoria ecc.): INTEGRO ALTERATO

- Stato psico-emotivo (ansia, depressione, agitazione): INTEGRO ALTERATO

PATOLOGIE PSICHIATRICHE MAGGIORI:

- Pregressi tentati suicidi: SI NO

- Grado di consapevolezza del paziente: SI NO PARZIALE NON RILEVABILE

LESIONI DA PRESSIONE: SI NO INDICE DI KARNOFSKY/100

TERAPIA MEDICA IN ATTO:

PROGNOSI DI VITA (indicare con una crocetta i giorni):

MINORE GG. 30

MINORE GG. 60

MINORE GG. 90

MAGGIORE GG. 90

Il Medico compilatore (nome, cognome, telefono)

Luogo e data Firma e timbro.....

N.B.: il ricovero è subordinato alla visita medica effettuata al momento dell'ingresso e alla verifica di quanto attestato.

DOMANDA DI AMMISSIONE PER HOSPICE

DATI ANAGRAFICI DELL'OSPITE

COGNOME NOME sesso M F
NATO IL/...../..... A ETÀ
RESIDENTE A VIA CAP
DOMICILIO VIA CAP
STATO CIVILE PROFESSIONE

SITUAZIONE DI CONVIVENZA E SISTEMAZIONE ABITATIVA

CON CHI VIVE?: N° LOCALI: PIANO:
ASCENSORE: SI NO SUPPORTO DEI SERVIZI SOCIALI: SI NO
ATTUALMENTE IL PAZIENTE SI TROVA: CASA OSPEDALE RESIDENZA PER ANZIANI
RICOVERATO PRESSO LA STRUTTURA O IL REPARTO:

MEDICO REFERENTE (nome, cognome n° di telefono):

FAMILIARI O PERSONE DI RIFERIMENTO

(Indicare grado di parentela, cognome e nome, indirizzo, telefono - compresi i cellulari -)

.....
.....
.....

Luogo e data Firma del compilatore.....