

## Richiesta di ricovero presso Reparto Cure Palliative e di Supporto OIL

### Ricovero da prevedere entro:

Urgente (entro 24h)       Entro la settimana       Data ricovero prevista: .....

### Dati del paziente:

Cognome: ..... Nome: .....  
Data di nascita: ..... Indirizzo: .....  
Telefono privato: ..... Tel. persona/struttura di riferimento: .....  
Classe assicurativa:     Privata     Semi privata     Comune  
Provenienza del paziente:  
 Casa       Altro reparto EOC       Casa per Anziani  
 Altre strutture CP specialistiche       Altro .....  
Medico curante: .....  
Il paziente ha una seconda linea specialistica?     Sì, Hospice     Sì, Triangolo     No

### Diagnosi e motivo del ricovero:

.....  
.....

### Obiettivi attesi dal ricovero:

Controllo sintomatologia multidimensionale       Respite famigliare  
 Promozione consapevolezza nel pz/fam.       Ricollocazione  
 Discussione pianificazione anticipata delle cure       Cure di fine vita  
 Valorizzazione delle risorse psico-emotive pz/fam.  
 Condivisione decisioni cliniche complesse

### Dati rilevanti (se in possesso):

Paziente di CP complesse (Flowchart)     Sì     No  
Barthel ...../100    PPS ...../100  
Trattamenti speciali da prevedere (chemio, dialisi, ... ) : .....  
Il paziente è in possesso di Direttive Anticipate?     Sì       No  
Il paziente è confuso al momento del ricovero?     Sì       No  
Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?     Sì       No

Data richiesta: .....

Firma medico inviante: .....

La richiesta è da trasmettere a : [GestioneLetti.CP@eoc.ch](mailto:GestioneLetti.CP@eoc.ch)

In caso di necessità contattare il numero di telefono +41 (0)91 811 77 40 o +41 (0)91 811 77 24