

**1 Paziente (ev. Etichetta paziente)**

etichetta paziente	Cognome e nome: <input type="text"/>	Data di nascita: <input type="text"/>
	Via e numero: <input type="text"/>	Cassa malati: <input type="text"/>
	Località: <input type="text"/>	Persona di contatto, rappr. terapeutico: <input type="text"/>
	Nr. di telefono: <input type="text"/>	

**2 Medico o servizio che fa l'annuncio** (recapiti telefonici, e-mail)

Annunciato da:

Medico curante:

Medico specialista:

**3 Malattia e stadio della malattia**

Diagnosi principale:

Stadio iniziale     
  Fase sintomatica     
  Fine vita

Prognosi:  Superiore ai 3 mesi     
  Inferiore ai 3 mesi     
  Altro:

**4 Grado di informazione del/della paziente**

<input type="checkbox"/> È cosciente della sua malattia <input type="checkbox"/> Conosce la prognosi della malattia <input type="checkbox"/> Il paziente non è informato <input type="checkbox"/> Non è consapevole della gravità	<b>Informazione del paziente e della rete</b> Sono stati avvisati dell'annuncio ad Hospice Ticino: il paziente <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No i familiari <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No il medico curante <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No il medico specialista <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
--	---

**5 Motivo dell'annuncio**

<input type="checkbox"/> Persistenza di sintomi e gruppi di sintomi complessi <input type="checkbox"/> Degrado o instabilità dello stato generale del paziente <input type="checkbox"/> Necessità di consulenza o educazione dei familiari	<input type="checkbox"/> Situazione complessa a domicilio <input type="checkbox"/> Secondo parere medico <input type="checkbox"/> Accompagnamento nella presa di decisioni complesse
--	--

**6 Dimissione**

Se il paziente è ricoverato, è già prevista la sua dimissione?       Sì, data:        No

**7 Rete di servizi e associazioni attivati**

**Servizi di assistenza e di cure a domicilio**

SACD                                     
  Infermiere/i indipendenti                                     
  Spitex privati\*                                     
  Non conosciuto

**Servizi sociali e associazioni**

Lega contro il Cancro                                     
  Pro Infirmis                                     
  Pro Senectute                                     
  Altri\*

\*Se possibile indicare un recapito:

**8 Osservazioni**

**Allegati: p.f. Inviare un foglio dattiloscritto della terapia attuale e l'ultima lettera medica**

**9 Data**

**Firma**

**Timbro**

**Associazione Hospice Ticino**

**Sede di Lugano**  
 Viale dei Faggi 8  
 6900 Lugano  
 Tel. 091 972 19 77  
 Fax 091 976 11 79  
 hospice.lugano@hospice.ch

**Sede di Mendrisio**  
 Via Diener 15  
 6850 Mendrisio  
 Tel. 091 976 11 72  
 Fax 091 630 02 44  
 hospice.mendrisio@hospice.ch

**Sede di Bellinzona**  
 Salita Mariotti 2  
 6500 Bellinzona  
 Tel. 091 976 11 73  
 Fax 091 821 50 39  
 hospice.bellinzona@hospice.ch

**Sede di Locarno**  
 Osp. La Carità  
 6600 Locarno  
 Tel. 091 976 11 74  
 Fax 091 751 02 42  
 hospice.locarno@hospice.ch