

Richiesta di consulenza in cure palliative geriatriche

Nome istituto per anziani:	<input type="checkbox"/> Segnalazione da parte della CpA
Via e Numero:	<input type="checkbox"/> Segnalazione da parte del medico curante
Località:	<input type="checkbox"/> Segnalazione da parte di un familiare/conoscente
Persona di contatto:	<input type="checkbox"/> Altro segnalante
# Tel.:	

Tipo d'intervento richiesto

<input type="checkbox"/> Consulto telefonico per discussione caso	<input type="checkbox"/> Visita pazienti in CpA
<input type="checkbox"/> Discussione casi in CpA	<input type="checkbox"/> Momento formativo

Consulenza specialistica per un residente (Tipo B) → *Allegare breve documentazione medica*

Nome e cognome:	
Medico curante:	
Diagnosi principale:	
<input type="checkbox"/> Stadio iniziale	<input type="checkbox"/> Fase sintomatica
<input type="checkbox"/> Fine vita	
Prognosi:	<input type="checkbox"/> Superiore ai 3 mesi
	<input type="checkbox"/> Inferiore ai 3 mesi
	<input type="checkbox"/> Altro:
Motivo della richiesta:	Il residente:
<input type="checkbox"/> Presenza di sintomi o gruppi di sintomi complessi	<input type="checkbox"/> È cosciente della sua malattia
<input type="checkbox"/> Degrado o instabilità dello stato generale del residente	<input type="checkbox"/> Conosce la prognosi della malattia
<input type="checkbox"/> Accompagnamento nella presa di decisioni complesse	<input type="checkbox"/> Non è informato
<input type="checkbox"/> Crisi di valori esistenziali	<input type="checkbox"/> Non è consapevole della gravità
<input type="checkbox"/> Redazione direttive anticipate/ <i>Advance care planning</i>	<input type="checkbox"/> È affetto da disturbi cognitivi
<input type="checkbox"/> Difficoltà di comunicazione con i familiari/Grado di informazione dei familiari insufficiente	<input type="checkbox"/> Altro/Osservazioni:
<input type="checkbox"/> Altro/Osservazioni:	

Consulenza specialistica ai familiari – Motivo della richiesta

<input type="checkbox"/> Consulenza o sensibilizzazione dei familiari	<input type="checkbox"/> Crisi di valori esistenziali
<input type="checkbox"/> Distress psico-sociale	<input type="checkbox"/> Altro/Osservazioni:
<input type="checkbox"/> Accompagnamento nella presa di decisioni complesse	

Consulenza dell'équipe – Motivo della richiesta

<input type="checkbox"/> Sostegno per rapporto alla situazione di cura	<input type="checkbox"/> Crisi di valori esistenziali
<input type="checkbox"/> Sostegno per rapporto a situazioni conflittuali	<input type="checkbox"/> Altro/Osservazioni:
<input type="checkbox"/> Accompagnamento nella presa di decisioni complesse	

Richiesta di formazione dell'équipe – Temi da approfondire

<input type="checkbox"/> Ruolo di Hospice Ticino	<input type="checkbox"/> Cure di fine vita e protocollo di sedazione
<input type="checkbox"/> Direttive anticipate e <i>Advance care planning</i>	<input type="checkbox"/> Altro/Osservazioni:
<input type="checkbox"/> Gestione dei sintomi	

Fondazione 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 091 825 89 25
hospice.bellinzona@hospice.ch

Sede di Locarno
Ospedale regionale di Locarno
6600 Locarno
Tel. 091 976 11 74
Fax 091 751 02 42
hospice.locarno@hospice.ch