

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

COGNOME E NOME.....
NATO IL COD. FISCALE.....
RESIDENZA:
DOMICILIO:.....
TEL / TEL. FAMILIARI

DIAGNOSI.....

GRADO DI CONSAPEVOLEZZA DEL PAZIENTE

riguardo alla diagnosi: SCARSA PARZIALE COMPLETA
riguardo alla prognosi: SCARSA PARZIALE COMPLETA

GRADO DI CONSAPEVOLEZZA DEL CARE-GIVER

riguardo alla diagnosi: SCARSA PARZIALE COMPLETA
riguardo alla prognosi: SCARSA PARZIALE COMPLETA

Trattamenti in corso :

CHEMIOTERAPIA RADIOTERAPIA TERAPIA ANTALGICA

Al momento il paziente si trova:

A DOMICILIO IN RSA (o altra struttura)N. TEL.....

IN OSPEDALE REPARTO.....

MEDICO DI RIFERIMENTO..... N.TEL

Dimissione prevista per il giorno:.....

Al momento il paziente è portatore dei seguenti dispositivi medici:

CATETERE VESCICALE CATETERE VENOSO CENTRALE P.E.G.

ALTRO POSIZIONATO IL

E necessita di : terapia endovenosa/prelievi medicazioni controllo sintomi/terapia antalgica

INDICE DI KARNOFSKY /100

SITUAZIONE FAMILIARE:

Vive solo ____ Vive con _____

PROBLEMI SOCIALI NO SI IN CARICO AL DISTRETTO SOCIALE (ATS N.....)

Assistente Sociale di riferimento Tel.

Il compilatore della Segnalazione:

M.O ____ U.V.O ____ MMG ____ Altro.....

TIMBRO E FIRMA DEL COMPILATORE

DATA

RECAPITO TELEFONICO DA CONTATTARE PER ULTERIORI INFORMAZIONI

La presente scheda di segnalazione va inviata a: segreteria.curepalliative@asl3.liguria.it