

## SCHEDA SEGNALAZIONE RETE CURE PALLIATIVE

### DATI ANAGRAFICI

Cognome – Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale    |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|    Sesso  M  F

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

### SEGNALAZIONE PER

Consulenza palliativa

Visita palliativa in Ambulatorio di cure palliative

Attivazione Assistenza Domiciliare col medico palliativista

Ricovero in Hospice

### ANAMNESI

Paziente proveniente da:

Ospedale U.O. \_\_\_\_\_  D.H. \_\_\_\_\_

Ambulatorio \_\_\_\_\_  P.S. \_\_\_\_\_

Struttura Residenziale \_\_\_\_\_  DOMICILIO

Patologia principale \_\_\_\_\_

Patologia concomitante \_\_\_\_\_

Seguito/a in Cure Palliative  SI  NO      Seguito/a in Assistenza Domiciliare  SI  NO

### CRITERI DI INCLUSIONE

Persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie efficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento della vita.

Indice di Karnovsky     10    20    30    40    50    60    70    80

Persona **non** in fase di agonia (esclusa dal setting domiciliare)

### FAMILIARE DI RIFERIMENTO (LEADER/CARE-GIVER)

Cognome – Nome \_\_\_\_\_

Parentela \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Familiare/leader informato della richiesta  SI  NO

Data, \_\_\_\_\_

Medico Proponente \_\_\_\_\_