

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 palliativistica
 Visita palliativistica 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 _____