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 _____