



Rete Locale di Cure Palliative

Modulo di segnalazione per la presa in carico in Cure Palliative

Alla Struttura.....

- Hospice
- Unità di Cure Palliative Domiciliari
- Ambulatorio Cure Palliative

Cognome..... Nome.....

Data di Nascita Domicilio.....

Tel. del Domicilio.....

Caregiver : Cognome Nome.....

Grado di parentela Tel. del Referente.....

Patologia ONCOLOGICA

Patologia NON ONCOLOGICA

Diagnosi e breve storia clinica del paziente:

.....

.....

.....

Il malato è informato della richiesta di valutazione palliativa? si no

I familiari sono informati della richiesta di valutazione palliativa? si no

I familiari sono informati di diagnosi e prognosi? si no parziale

Il paziente è consapevole della diagnosi? si no parziale

Il paziente è consapevole della prognosi? si no parziale

Bisogni prevalenti del malato:

clinici psicologici sociali

M.M.G. /P.L.S. Dr.ssa/Dr.Tel.....Cell.....

Attualmente il paziente si trova:

- Al proprio domicilio
- Ricoverato presso.....dal.....

Indice Karnofsky(facoltativo)

Soggetto e Struttura/Reparto inviante:Tel.....

Data,

Firma dell'inviante:
 (Medico, Paziente, Familiare, Servizi Sociali)