

## Rete Locale di Cure Palliative

### Modulo di segnalazione per la presa in carico in Cure Palliative

Alla Struttura.....

- o Hospice
- o Unità di Cure Palliative Domiciliari
- o 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:**

o Al proprio domicilio

Ricoverato presso.....dal.....

**Indice Karnofsky** ..... (facoltativo)

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

Data, .....

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