

RICHIESTA DI CONSULENZA CURE PALLIATIVE

Si prega di inviare il modulo al seguente numero di fax. 0171/267835
 oppure alla e-mail: curepalliative@aslcn1.it

RICHIEDENTE

1) Struttura Ospedaliera: Saluzzo Savigliano Fossano Mondovì Ceva Cuneo

Reparto di Degenza: _____ Tel.: _____

2) Lungodegenza _____ Tel.: _____

3) Domicilio MMG _____ Tel.: _____

4) Altro (RSA): _____ Tel.: _____

Cognome e Nome paziente _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza: Città _____ **Via** _____ **Tel:** _____

Indirizzo Domicilio: Città _____ **Via** _____ **Tel:** _____

Familiare/Care Giver: _____ **Tel.:** _____

PATOLOGIA CAUSA DI TERMINALITÀ _____

PATOLOGIE CONCOMITANTI _____

ATTESA DI VITA PRESUNTA: > di 6 mesi tra 6 e 3 mesi < 3 mesi < di 1 mese

PERFORMANCE STATUS secondo Karnofsky _____

DATA ULTIMA VALUTAZIONE da parte del MMG _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA:

- Discussione degli obiettivi di cura**
- Sintomi non controllati (Dolore Agitazione Dispnea Vomito Altro)**
- Pianificazione del percorso clinico e assistenziale**
- Problematiche psicosociale o spirituali**
- Altro (specificare)** _____

Data _____

Firma e Timbro _____

Riservato alle Cure Palliative

- Solo Consulenze (domiciliari, ambulatoriali o ospedaliere)** _____
- Day Hospice** _____
- Attivazione ADI Cure Palliative di base** _____
- Ricovero in Hospice** _____
- Attivazione ADI Cure Palliative specialistiche** _____
- Ricovero altre strutture** _____

Approvato: data _____

Responsabile S.S.C.P.: _____

RIFERIMENTI

SSD Cure Palliative - Busca

Tel.: 0171/267835