

Gentile Collega,

al fine di avere un quadro clinico completo del paziente Le chiediamo di allegare il seguente modulo alla lettera di dimissione o invarla mezzo fax al no. 0434 651800 o mail hospice@viadinatale.org.

Grazie per la collaborazione

Data della compilazione ____/____/____

IL PAZIENTE

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____ nato il ____/____/____

Tipo di tumore _____ Metastasi: ossee epatiche polmonari
 cutanee linfonodali localmente avanzate altro _____

DOLORE: no sì, specificare

Intensità: nulla I _____ I massima

Tipo: somatico viscerale neurogeno altro _____

Caratteristiche temporali: intensità costante intensità variabile incidente

SINTOMI ASSOCIATI: astenia iperpiressia nausea vomito diarrea
 (sub) occlusione intestinale dispnea tosse secrezioni
 sintomi comportamentali sintomi neurologici

Allergie a farmaci? no sì, specificare _____

Malattie infettive: no sì, specificare: HIV HCV HbsAg TBC Malattie veneree

STIMA DELLA CONSAPEVOLEZZA DEL PAZIENTE

non valutabile

- della sua malattia (tumore): non sa di avere un tumore sa di avere un tumore non so;
- della gravità della malattia oncologica: pensa che guarirà pensa che difficilmente guarirà
 pensa che non guarirà non so se è consapevole
- della terminalità: no sì non so

Timbro e Firma _____ Recapito Telefonico _____

MMG Oncologo Medico Ospedaliero Palliativista Medico RSA/Casa di riposo
 altro, specificare _____

Anni di esperienza lavorativa: 0 – 3 anni 4 – 10 anni + 10 anni