

## **MODULO PER PRESA IN CARICO RETE CURE PALLIATIVE**

- Consulenza  
 Trasferimento in  Hospice San Vito \_\_\_\_\_  
 Hospice Via di Natale \_\_\_\_\_  
 Presa in carico domiciliare

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso  F  M  
Residenza \_\_\_\_\_  
MMG \_\_\_\_\_

Provenienza:  Domicilio  Ospedale (reparto) \_\_\_\_\_  
 RSA  Altro \_\_\_\_\_

### Motivo della richiesta:

- Sintomi poco controllati (specificare) \_\_\_\_\_  
 Dolore [NRS (0-10) \_\_\_\_\_]  
 Prognosi limitata  
 Difficoltà nella gestione quotidiana  
 Modulo respiro  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Condizioni generali:  Buone  Mediocri  Scadenti  Preagoniche  
Presenza di accesso venoso:  No  Si (specificare) \_\_\_\_\_

Paziente deambula?  No  Si  
Si alimenta?  No  Si  
E' confuso?  No  Si

Con chi vive:  Solo  Vive con \_\_\_\_\_

Percorso diagnostico concluso  No  Si  
Esclusione da terapie specifiche (Radioterapia/Chemioterapia)  No  Si  
Il paziente accetta il trasferimento in hospice  No  Si  
La famiglia è stata informata del trasferimento in hospice  No  Si

Medico compilatore \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_