AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

SEGNALAZIONE CURE PALLIATIVE / HOSPICE

Richiesta per	Cognome e Nome _____
□ Consulenza	Data di nascita _____ Sesso F M
□ Presa in carico domiciliare	Residenza _____
□ Trasferimento in □ Hospice San Vito al T.	Struttura di provenienza _____
□ Hospice Via di Natale	MMG _____

Motivo della richiesta

□ Sintomi poco controllati (specificare) _____
□ Prognosi limitata
□ Difficoltà nella gestione quotidiana / modulo respiro
□ Altro (specificare) _____

Diagnosi _____

Percorso diagnostico concluso No Si
Esclusione da terapie specifiche (Radioterapia/Chemioterapia) No Si
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

Stima aspettativa di vita Giorni Settimane Mesi **KPS** ≤ 50% > 50%

Informazione / Comunicazione Paziente

Il paziente è informato su	**Diagnosi**	**Prognosi**	**Trasferimento in hospice**
	No Si	No Si	No Si

Il paziente ha redatto DAT / Piano di Cura Condiviso (PCC) No Si (se sì, allegare)

Informazione / Comunicazione Caregiver / Famigliari

Caregiver presente No Si

Il caregiver è informato su	**Diagnosi**	**Prognosi**	**Trasferimento in hospice**
	No Si	No Si	No Si
La famiglia è informata su	**Diagnosi**	**Prognosi**	**Trasferimento in hospice**
	No Si	No Si	No Si

Presenza barriera linguistica No Si

Con chi vive il paziente Solo Vive con_____

Nome caregiver _____ **Telefono** _____

Timbro e firma
Medico compilatore _____ Telefono _____Data _____

Da compilare ed inviare via mail: hospice@asfo.sanita.fvg.it