Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Val Padana

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Cremona

Rete Locale di Cure Palliative

Modulo di segnalazione per la presa in carico in Cure Palliative

Alla Struttura: UO Cure palliative, ASST Cremona
Mail: cure.palliative@asst-cremona.it
Tel. 0372405330

□ Hospice
□ Unità di Cure Palliative Domiciliari
□ Ambulatorio Cure Palliative □ Cure Simultanee

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:
○ Al proprio domicilio □ Ricoverato presso……..dal…….

Indice Karnofsky…… (facoltativo)
Soggetto e Struttura/Reparto inviante: ……Tel……

Data, ……

Firma dell'inviante: **……**
(Medico, Paziente, Famigliare, Servizi Sociali)