

Rete Locale di Cure Palliative

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? ☐ sì ☐ no
I familiari sono informati della richiesta di valutazione palliativa? ☐ sì ☐ no
I familiari sono informati di diagnosi e prognosi ? ☐ sì ☐ no ☐ parziale
Il paziente è consapevole della diagnosi? ☐ sì ☐ no ☐ parziale
Il paziente è consapevole della prognosi? ☐ sì ☐ 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, Familiare, Servizi Sociali)