



HOSPICE DI ABBIATEGRASSO

VIA DEI MILLE N. 8/10 – 20081 ABBIATEGRASSO (MI)

TEL. 02/94963802 FAX 02/94962279

EMAIL: assistenza@hospicediabbiategrasso.it

SITO: www.hospicediabbiategrasso.it

SCHEDA DI PRIMA SEGNALAZIONE AI SERVIZI DI CURE PALLIATIVE

Il modulo è utilizzabile per l'accesso ai servizi di cure palliative residenziali, ambulatoriali e domiciliari. Indicare il setting di cura proposto.

HOSPICE AMBULATORIO ASSISTENZA DOMICILIARE (UCP dom)

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome Nome.....Data di nascita/...../.....
Luogo di nascita Residente a.....

Familiare/persona di riferimento:

Cognome Nome.....
Grado di parentela..... Telefono.....Cellulare.....

ATTUALMENTE IL PAZIENTE SI TROVA

Ospedale di.....U.O.....Tel.....
 Domicilio
 Altro.....Tel.....

Proponente:

<input type="checkbox"/> Palliativista	<input type="checkbox"/> Utente
<input type="checkbox"/> MMG/PDF	<input type="checkbox"/> Infermiere
<input type="checkbox"/> Medico specialista di	<input type="checkbox"/> Assistente Sociale
<input type="checkbox"/> Altro.....	

VALUTAZIONE SOCIALE

Il paziente vive:	Fragilità:
<input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> presenza di minori
<input type="checkbox"/> con familiare (specificare).....	<input type="checkbox"/> presenza di disabilità fisica/psichica
<input type="checkbox"/> con badante	<input type="checkbox"/> altro.....
<input type="checkbox"/> altro.....	

DATI CLINICI

DIAGNOSI PRINCIPALE

.....
.....

DIAGNOSI SECONDARIA

.....
.....

PROGnosi PRESUNTA [] <15gg [] < 1 mese [] < 3 mesi [] ≥ 3 mesi



HOSPICE DI ABBIATEGRASSO

Grado di autonomia autonomo parzialmente autonomo non autonomo

SEGNI E SINTOMI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dolore | <input type="checkbox"/> emorragia/elevato rischio emorragico |
| <input type="checkbox"/> nausea/vomito | <input type="checkbox"/> comizialità |
| <input type="checkbox"/> agitazione/irrequietezza | <input type="checkbox"/> dispnea a riposo/per sforzi minimi |
| <input type="checkbox"/> ittero | <input type="checkbox"/> anasarca/ascite refrattaria |

COMPLESSITÀ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ossigeno terapia (indicare l/m) | <input type="checkbox"/> LDP (lesioni da pressione) |
| <input type="checkbox"/> medicazioni complesse | |

Ti chiediamo la compilazione leggibile per confrontarci se necessario.

Data _____

Firma di chi compila _____

Telefono di chi compila _____

Email di chi compila _____

Compila anche la richiesta su ricettario regionale che potrai inviare via mail o lasciare al familiare.