

Inviare il modulo al seguente numero di Fax: 0171/450278 - SC Cure Palliative C/so Francia, 10 - 12100 Cuneo

SEGNALAZIONE INTERVENTO CURE PALLIATIVE

Compilazione a cura del personale di Reparto

STRUTTURA OSPEDALIERA: Saluzzo Fossano Savigliano Mondovì Ceva Altro _____

REPARTO di DEGENZA: _____ Tel. _____ Fax. _____

MOTIVAZIONE INTERVENTO: Consulenza Dimissione Protetta Altro _____

MEDICO di RIFERIMENTO: _____

Cognome e Nome paziente: _____ Data di nascita: _____

Data: _____ Firma Medico Richiedente: _____

VALUTAZIONE MEDICO - INFERMIERISTICA CURE PALLIATIVE

Compilazione a cura del personale UOCP

Città di residenza _____ Via _____ n. _____

N. tel. _____

Città di domicilio _____ Via _____ n. _____

Medico Medicina Generale Dott. _____ Tel _____

Distretto ASL di competenza: Saluzzo Fossano Savigliano Mondovì Ceva
 Cuneo Borgo S. Dalmazzo/Dronero

PATOLOGIA DI BASE _____

PATOLOGIE ASSOCIATE _____

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE _____

Karnofsky: _____

Attesa di vita presunta: > di 6 mesi Tra 6 e 3 mesi < 3 mesi < di 1 mese

SINTOMI PREVALENTI

Stato di coscienza: normale confusione obnubilato coma

Dolore Dispnea Nausea Vomito Agitazione psicomotoria Ipo/Anoressia Stipsi

Diarrea Delirium Insonnia Ansia Singhiozzo Tosse Prurito Xerostomia

Altro _____

Data prevista di dimissione: _____

Setting proposto/consigliato: Nessuno Consulenza Domiciliare UOCP Attivazione ADI- UOCP
 Attivazione ADI-UOCP/ ONLUS Altro _____

Destinazione presunta paziente: Domicilio RSA/ RA/ RAF Lungodegenza Altro _____

Terapia in atto (da compilarsi se paziente in dimissione): _____

PROBLEMI ASSISTENZIALI

Presenti Attività/ esercizio fisico Nutrizione metabolica/ idratazione Eliminazione
correlati Sonno e riposo Stato cognitivo/ percettivo Respirazione Integrità cutanea
a: Patrimonio venoso Contesto socio-ambientale Percezione della salute/consapevolezza
 Altro _____

Potenziali Rischio caduta Rischio frattura Costipazione Alteraz. cavo orale
correlati Altro _____
a: _____

FAMILIARE di RIFERIMENTO e CARE GIVER

Cognome, Nome e grado di parentela _____

Recapito telefonico _____ Convivente: SI NO

Affidabilità care giver: Affidabile Scarsamente affidabile Non affidabile

Fragilità: Presenza di figli minorenni Fam. con patologie

Situazione abitativa: Idonea Temporaneamente idonea Non idonea

ULTERIORI OSSERVAZIONI:

Firma Infermiere referente UOCP

Firma Medico referente UOCP

Data _____

.....
Riservato all' UOCP ASL CN 1

Verificato in data _____

Resp. S.C. Cure Palliative Dr _____