



**Attivazione
Intervento UOCP**

MOD_{Dom}030



**S.C.
Cure Palliative**

Si prega di inviare il modulo al seguente numero di fax. 0171/450278

Segnalazione UOCP **Visita di Consulenza UOCP** **Attivazione per paziente già in ADI**

Attivazione ADI-UOCP **Delega totale all' UOCP** **Attivazione ADI-UOCP/ADAS**

Distretto di _____

Cognome e Nome paziente _____ Età _____

Città di residenza _____ Via _____ n. _____

N. tel. _____ Familiare di riferimento _____

Medico Dott. _____ Tel _____

PATOLOGIA DI BASE _____

PATOLOGIE ASSOCIATE _____

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE _____

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

SINTOMI PREVALENTI:

Dolore Dispnea Nausea Vomito Agitazione psicomotoria Anoressia

Altro : _____

Stato di coscienza: normale confusione obnubilato coma

Terapia in atto:

Situazione familiare: supporto familiare/amicale affidabile scarsamente affidabile non affidabile
presenza di figli minorenni → SI NO

Situazione abitativa: idonea temporaneamente idonea non idonea

Data _____

Firma Dr. _____

.....

Riservato all' UOCP

Verificato in data _____

Resp.S.C. Dr _____