



RICHIESTA DI CONSULENZA CURE PALLIATIVE (UOCP)

Si prega di inviare il modulo al seguente numero di fax. 0171/948728
oppure alla e-mail: curepalliative@aslcn1.it

RICHIEDENTE

1) Struttura Ospedaliera: Saluzzo Savigliano Fossano Mondovì Ceva Cuneo

Reparto di Degenza: _____ Tel.: _____

2) Lungodegenza _____ Tel.: _____

3) Domicilio MMG _____ Tel.: _____

4) Altro (RSA): _____ Tel.: _____

Cognome e Nome paziente _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza: Città _____ **Via** _____ **Tel.:** _____

Indirizzo Domicilio: Città _____ **Via** _____ **Tel.:** _____

Familiare/Care Giver: _____ **Tel.:** _____

PATOLOGIA DI BASE _____

PATOLOGIE CONCOMITANTI _____

ATTESA DI VITA PRESUNTA: > di 6 mesi tra 6 e 3 mesi < 3 mesi < di 1 mese

PERFORMANCE STATUS secondo Karnofsky _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA:

- Discussione degli obiettivi di cura**
- Sintomi non controllati (Dolore Agitazione Dispnea Vomito Altro)**
- Pianificazione del percorso clinico e assistenziale**
- Problematiche psicosociale o spirituali**
- Altro (specificare)** _____

RICHIESTA : URGENTE (entro 72 h) NON URGENTE (programmabile)

Data _____

Firma e Timbro _____

.....

Riservato al Direttore UOCP

- Solo Consulenze (domiciliari od ambulatoriali)** **Day Hospice**
- Attivazione ADI UOCP** _____
- Ricovero in Hospice** _____
- Ricovero altre strutture** _____

Verificato/Approvato: data _____
Direttore S.C. C.P.: _____

RIFERIMENTI

SC Cure Palliative e Hospice Direttore Dr. Pietro La Ciura

Tel.: 0171/948735 E-mail: curepalliative@aslcn1.it

MODcp130/REV n° 02 del 18/11/2014