



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**

Verificato/Approvato: data _____

☐ **Ricovero altre strutture** _____

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