

## RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

### Modulo di segnalazione per la presa in carico in Cure Palliative

Alla Struttura Complessa Cure Palliative – ASST di Mantova  
 Tel: 0376 201408 Fax UCPDom 0376 201237; Fax Hospice 201417  
 Mail: [domiciliare.palliative@asst-mantova.it](mailto:domiciliare.palliative@asst-mantova.it)

#### Simultaneous Care      Off Therapy

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hospice                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Unità di Cure palliative Domiciliare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio Cure Palliative          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Assistito:** Cognome..... Nome.....  
 Data di Nascita ..... Domicilio.....  
 Tel. del Domicilio.....

**Caregiver :** Cognome ..... Nome.....  
 Grado di parentela ..... Tel..... Cell.....

Patologia ONCOLOGICA

Patologia NON ONCOLOGICA

**Diagnosi e breve storia clinica dell'assistito:**

.....

.....

.....

- Il malato è stato informato della richiesta di valutazione palliativa?**       **si**       **no**
- I familiari sono stati informati della richiesta di valutazione palliativa?**       **si**       **no**
- I familiari sono stati informati di diagnosi e prognosi?**       **si**       **no**       **parziale**
- L'assistito è consapevole della diagnosi?**       **si**       **no**       **parziale**
- L'assistito è consapevole della prognosi?**       **si**       **no**       **parziale**

**Bisogni prevalenti dell'assistito:**      Clinici       Psicologici       Sociali

M.M.G. /P.d. F. Dr.ssa/ Dr. .... Tel..... Cell.....

**Attualmente il paziente si trova:**

- Al proprio domicilio con .....       Ricoverato presso..... dal.....

**Indice Karnofsky/ECOG (punteggio)** ..... (facoltativo)

Soggetto e Struttura/Reparto inviante ..... Tel .....

Data ..... Firma dell'inviante.....

(Medico, Paziente, Familiare, Servizi Sociali)