



N° _____/_____

Data di ricezione _____

Firma _____

Punteggio
 assegnato in caso
 di lista di attesa

RICHIESTA DI ASSISTENZA NEL CENTRO CURE PALLIATIVE-HOSPICE DI

- | | |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Borgo Val di Taro | Fax n. 0525 970394 |
| <input type="checkbox"/> Langhirano | Fax n. 0521 865137 |
| <input type="checkbox"/> Parma | Fax n. 0521 221217 |
| <input type="checkbox"/> Vaio | Fax n. 0524 532307 |

DATI ANAGRAFICI

cognome nome.....

luogo di nascita..... (___) data di nascita ___/___/_____

codice fiscale

residenza.....

domicilio

Medico di Medicina Generale

n° tessera n° esenz.

FAMILIARE O CAREGIVER DI RIFERIMENTO

cognome nome

grado di parentela..... recapito

ASSETTO FAMILIARE

composizione famiglia:

Il **paziente/la famiglia sono già a conoscenza della richiesta e condividono il ricovero?** SI NO

PROVENIENZA

Domicilio tipo di assistenza domiciliare già attivata : ADP ADI • NODO

Ospedale/ Casa di Cura/ RSA specificare quale.....tel.....

SEGNALAZIONE EFFETTUATA DA MMG · MEDICO OSPEDALIERO

ALTRO.....

Il MMG è informato della richiesta? SI NO Se no perché?.....

Il MMG accetta di seguire il paziente in Hospice: SI NO

DIAGNOSI PRINCIPALE

.....
.....

MALATTIE CONCOMITANTI O PREGRESSE:

.....
.....
.....

TERAPIA ATTUALE:

.....
.....
.....

SINTOMI / PROBLEMI EMERGENTI:

.....
.....
.....

SCALE PER OBIETTIVARE IL PROPRIO DOLORE (Scott-Huskisson, mod.)

A) INTENSITÀ

Assente Lieve Moderato Forte Fortissimo Atroce

B) FREQUENZA:

Assente Occasionale Periodico Continuo

MOTIVO DELLA RICHIESTA

controllo sintomi sollievo alla famiglia supporto psicologico al pz/famiglia

altro

