


**MODULO DI SEGNALAZIONE PER L'ACCESSO ALLA RETE DI  
 CURE PALLIATIVE DAL TERRITORIO  
 AL NUCLEO CP**
**All' UOC Cure Palliative:**

- Distretto Asolo: sede Montebelluna: tel/fax: 0423614853/64 email: [curedomiciliari.montebelluna@aulss2.veneto.it](mailto:curedomiciliari.montebelluna@aulss2.veneto.it)  
 sede Castelfranco: tel/fax: 0423732020/83 email: [curedomiciliari1b@aulss2.veneto.it](mailto:curedomiciliari1b@aulss2.veneto.it)
- Distretto Treviso Sud: tel: 0422788831 [pazientipalliativi.trevisosud@aulss2.veneto.it](mailto:pazientipalliativi.trevisosud@aulss2.veneto.it)
- Distretto Treviso Nord: sede Villorba (tel 0422913805) e Oderzo (tel 0422715620): [pazientipalliativi.trevisonord@aulss2.veneto.it](mailto:pazientipalliativi.trevisonord@aulss2.veneto.it)
- Distretto Pieve di Soligo: sede Conegliano: tel: 0438663939 [adiconegliano@aulss2.veneto.it](mailto:adiconegliano@aulss2.veneto.it)  
 sede Vittorio Veneto: tel: 0438665939 [adivv@aulss2.veneto.it](mailto:adivv@aulss2.veneto.it)

**RICHIESTA PER:**

<b>HOSPICE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ASSISTENZA DOMICILIARE</b> <input type="checkbox"/>
---	--

**Attualmente il paziente si trova:**

- A domicilio (specificare indirizzo se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_
- Ambulatorio di oncologia in data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Centro Servizi/ RSA \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Data di nascita</b>
<b>Indirizzo di residenza</b>		<b>Codice Fiscale</b>
<b>Medico Di Medicina Generale</b>		Tel.

**Situazione abitativa**

Vive solo <input type="checkbox"/>	Convive con altri famigliari <input type="checkbox"/>	Vive con badante <input type="checkbox"/>
<b>Care Giver/Referente:</b> Cognome	Nome	Grado di parentela
<b>Recapiti telefonici:</b>		

- Paziente oncologico**                       **Paziente non-oncologico**

<b>Patologia prevalente:</b>		
<b>Chemioterapia in atto:</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Sintomi prevalenti:</b>	<input type="checkbox"/> dispnea <input type="checkbox"/> dolore <input type="checkbox"/> nausea/vomito <input type="checkbox"/> ascite <input type="checkbox"/> stipsi <input type="checkbox"/> delirium <input type="checkbox"/> distress psicologico <input type="checkbox"/> alterazione dello stato di coscienza	
Nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/> NPT	<input type="checkbox"/> NE (PEG, SNG, DIGIUNOSTOMIA)
Accessi vascolari	<input type="checkbox"/> CVC (PICC, PORT, altro)	<input type="checkbox"/> CVP (Midline, altro)
Necessità infermieristiche	<input type="checkbox"/> CV	<input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA <input type="checkbox"/> Lesioni da pressione (grado____)

- Il paziente è stato informato sulla diagnosi?                      SI     NO     parzialmente
- Il paziente è stato informato della richiesta di valutazione per cure palliative?                      SI     NO
- I famigliari sono a conoscenza della diagnosi del paziente?                      SI     NO     parzialmente
- Indice di Karnofsky: K \_\_\_\_\_%

<b>K 100%</b> : paziente in salute <b>K 90%</b> : paziente con segni e sintomi tali da svolgere un'attività lavorativa normale <b>K 80%</b> : paziente che svolge attività normale con fatica <b>K 70%</b> : paziente incapace di lavorare, può badare a sè stesso <b>K 60%</b> : paziente incapace di lavorare, richiede assistenza per camminare	<b>K 50%</b> : paziente richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata <b>K 40%</b> : paziente inabile; richiede cure continue, allettato per più del 50% del giorno <b>K 30%</b> : paziente con indicazioni al ricovero od ospedalizzazione a domicilio; supporto intenso <b>K 20%</b> : paziente con gravi compromissioni di funzioni di organi una o più irreversibili <b>K 10%</b> : paziente morente
--	--

- MMG                                       Oncologo (Ambulatorio oncologia)                       Altro

DATA

FIRMA