

**Dati anagrafici parenti e/o familiari
e/o Tutori/ Curatori/ Amministratori di sostegno
e/o Servizi Sociali**

1. Nome Cognome
Tipo di Parentela/qualifica
tel. / cell. /
Residente a Prov.
Via n°

1. Nome Cognome
Tipo di Parentela/qualifica
tel. / cell. /
Residente a Prov.
Via n°

N.B.: Ogni variazione dei recapiti sopra indicati dovrà essere tempestivamente comunicata ai competenti uffici dell'Ente; in difetto, questa Amministrazione sarà sollevata da ogni responsabilità per il caso di impossibilità a contattare il parente di riferimento.

Allegato 1
DOCUMENTO DI SEGNALAZIONE ALL'equipe multidisciplinare

Nome..... Cognome.....
Età.....Indirizzo.....
N° di telefono.....
Care giver (nome e tipo di rapporto con il paziente).....
.....
n. telefono:.....
Se il paziente è in ADI o ricoverato:
UO di ricovero _____ tel int. _____
ADI _____ MMG di riferimento _____
Altro contatto.....

Primo contatto? Sì No

Segnalazione per:

1. dimissione dall'ospedale, data prevista.....
2. dimissione dall'U.O. Terapia del Dolore data prevista.....
3. Impossibilità di mantenere a domicilio o altro, specificare.....

Diagnosi.....

Breve descrizione delle attuali condizioni cliniche

Ha effettuato visita/valutazione psicologica/psichiatrica Sì No

Prognosi:.....

Karnofsky..... VAS o NRS.....

Presidi sanitari attualmente in atto.....

pompe infusive: tipo.....

SNG

Catere vescicale: tipo.....calibro.....

sostituzione il

Materasso/cuscino anti decubito Tipo _____

Supporto respiratorio: quale.....

Medicazioni in atto:.....

Altri elementi clinici _____

.....li..... Firma.....

inviare il fax al n° 0385 257199 n° tel. 0385 257111