

**Scheda Unica di segnalazione alla RETE DI CURE PALLIATIVE  
della Provincia di Pavia**

**PROPONENTE:**

- MMG/PLS       Medico specialista       Medico palliativista       Servizi sociali       Paziente  
 Infermiere ADI       Altro: \_\_\_\_\_       Caregiver
- Riferimento telefonico: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**IL PAZIENTE SI TROVA ATTUALMENTE PRESSO:**

- DOMICILIO       OSPEDALE: \_\_\_\_\_       RSA: \_\_\_\_\_       ALTRO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Reparto: \_\_\_\_\_       RSD: \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ambulatorio: \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DATI PAZIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_      Cognome: \_\_\_\_\_  
 Nato a: \_\_\_\_\_      Il: \_\_\_\_\_      C.F.: \_\_\_\_\_  
 Residente a: \_\_\_\_\_      Via: \_\_\_\_\_  
 Domicilio presso (se differente dalla residenza): \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_      Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta : \_\_\_\_\_

- Presenza di fragilità sociali:    si    no  
 Paziente senza fissa dimora       Paziente straniero, nazionalità: \_\_\_\_\_       STP

Persona di riferimento: \_\_\_\_\_      Rapporto con il paziente: \_\_\_\_\_      Telefono: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Persona di riferimento: \_\_\_\_\_      Rapporto con il paziente: \_\_\_\_\_      Telefono: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Amministratore di sostegno: \_\_\_\_\_      Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_      Telefono: \_\_\_\_\_

Assistente sociale: \_\_\_\_\_      Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_      Telefono: \_\_\_\_\_

**PATOLOGIE PRINCIPALI:**

Oncologica:

---

---

Non oncologica:

---

---

**NECESSITA' CLINICO-ASSISTENZIALI PREVALENTI:**

---

---

---

**NOTE:**

---

---

---

---

---

**SETTING DI CURE**

UCP - Domiciliare

Ricovero in Hospice

Presa in carico  
ambulatoriale

**PROPOSTO:**

Si prega di allegare eventuale relazione clinica

Firma: \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_