AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

SEGNALAZIONE CURE PALLIATIVE / HOSPICE

Richiesta per	Cognome e Nome _____
□ Consulenza	Data di nascita _____Sesso F M
□ Presa in carico domiciliare	Residenza_____
□ Trasferimento in □ Hospice San Vito al T.	Struttura di provenienza_____
□ Hospice Via di Natale	MMG _____

Motivo della richiesta

□ □ Sintomi poco controllati (specificare) _____
□ □ Prognosi limitata
□ □ Difficoltà nella gestione quotidiana / modulo respiro
□ □ Altro (specificare) _____

Diagnosi _____

Percorso diagnostico concluso □ No Si
Esclusione da terapie specifiche (Radioterapia/Chemioterapia) □ No Si
Condizioni generali Buone □ Mediocri □Scadenti Preagoniche
Presenza di accesso venoso No Si (specificare)_____
Paziente deambula? No Si
Si alimenta? No Si
E' confuso? No Si

Stima aspettativa di vita Giorni Settimane Mesi **KPS** ≤50 % >50 %

Informazione / Comunicazione Paziente

Il paziente è informato su	**Diagnosi**	**Prognosi**	**Trasferimento in hospice**
	No Si	No Si	No Si

Il paziente ha redatto DAT / Piano di Cura Condiviso (PCC) No Si (se si, allegare)

Informazione / Comunicazione Caregiver / Famigliari

Caregivers presente No Si

Il caregiver è informato su	**Diagnosi**	**Prognosi**	**Trasferimento in hospice**
	No Si	No Si	No Si
La famiglia è informata su	**Diagnosi**	**Prognosi**	**Trasferimento in hospice**
	No Si	No Si	No Si

Presenza barriera linguistica No Si

Con chi vive il pz □ Solo □ Vive con _____

Nome caregiver _____ **Telefono**_____

Timbro e firma
Medico compilatore _____ Telefono _____Data _____

Da compilare ed inviare via mail: hospice@asfo.sanita.fvg.it