

Documento di Segnalazione all'U.O. Terapia Del Dolore

Nome.....Cognome.....

Età.....Indirizzo.....

N° di telefono.....

Familiare/care-giver (nome e tipo di rapporto con il paziente).....

.....n.telefono.....

segnalato da MMG Medico Ospedaliero Altro Specialista

Presidio Ospedaliero _____ U.O. di ricovero _____

N°. di tel _____ ADI _____ MMG di riferimento _____

Segnalazione per:

1. dimissione dall'ospedale, data prevista _____

2. dimissione dall'U.O. terapia del dolore, data prevista _____

3. Impossibilità di mantenere a domicilio, specificare.....

.....

Diagnosi

.....

Breve descrizione delle attuali condizioni cliniche

.....

.....

ha effettuato visita/valutazione Psicologico/psichiatrica SI NO

prognosi.....

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

Presidi sanitari attualmente in atto.....

pompe infusive: tipo.....

SNG

Catetere Vescicale: tipo.....calibro.....

Sostituzione il

Materasso/cuscino antidecubito: tipo.....

Supporto respiratorio: quale.....

Medicazioni in atto.....

Altri elementi clinici-_____

Data Firma.....

Inviare al fax n.

0523/303256

tel. 0523/303246