

# OSPEDALE DI SUZZARA

Unità di Cure Palliative Domiciliari  
Tel. 0376.517760 - Fax 0376.517971 - urp@ospedaledisuzzara.it

## SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER LA PRESA IN CARICO IN CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

### Paziente:

Cognome ..... Nome ..... Data di nascita .....

Residenza ..... Telefono .....

Domicilio (se diverso da residenza) .....

Attualmente ricoverato presso il reparto di ..... dell'ospedale/struttura .....

(Data ricovero ..... Data dimissione prevista .....)

### Familiare/Referente:

Cognome ..... Nome ..... Telefono .....

Grada di parentela/altro legame .....

### MMG/PLS:

Cognome ..... Nome ..... Telefono .....

### Diagnosi/breve storia clinica del paziente:

.....  
.....  
.....  
.....

### Terapie in corso:

.....  
.....  
.....

### Principali bisogni:

.....  
.....  
.....

### Segnalatore:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paziente                 | <input type="checkbox"/> Familiare/Referente        |
| <input type="checkbox"/> MMG/PLS                  | <input type="checkbox"/> Medico specialista (.....) |
| <input type="checkbox"/> Servizio sociale (.....) | <input type="checkbox"/> Altro (.....)              |

Data .....

Firma del segnalatore .....

