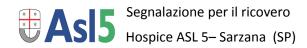
Allegato A





(da compilare a cura del Medico proponente e inviare all'Hospice via fax al n° 0187-5351214)

| | •1 |
|--|---|
| Cognome e nome | |
| Residenza: | |
| Attualmente: \[\preceq \text{ a casa} \text{ in ospedale} \] | |
| Con chi vive: □ solo □ familiare/assistente valido | |
| Recapiti telefonici: // | |
| SE NON A CASA, specificare struttura e reparto: | • |
| | |
| n carico alla rete di Cure Palliative? 🗆 SI' 🗀 NO | |
| SE SI', specificare: data della presa in carico a domicilio: dat | ta ultima visita |
| Diagnosi: | |
| | |
| ndicati trattamenti volti alla guarigione o al rallentamento della malattia? | |
| I paziente necessita di cure palliative specialistiche? | □ SI' □ NO |
| l paziente è in fase agonica? | □ SI' □ NO |
| Sopravvivenza stimata (giorni): Indice di Karnofsky | ······································ |
| Motivo della non praticabilità dell'AD: | |
| | |
| | |
| | |
| Medico proponente: | |
| Rete domiciliare CP di appartenenza: | |
| Recapiti telefonici per contatti: | |
| | |
| | |
| | |

Numero progressivo (a cura dell'Hospice)