

Scheda di Conclusione Assistenza

COGNOME	NOME	M	F
NATO IL	CODICE FISCALE		

Ultima tipologia di Servizio attivato:
 Cure Palliative livello Base/Prestazionali
 Cure Palliative Specialistiche

Sintomi presenti/trattati negli ultimi tre giorni di assistenza:

Dolore	NO	SI	Controllato	SI	NO	Nausea/Vomito	NO	SI	Controllato	SI	NO
Dispnea	NO	SI	Controllata	SI	NO	Stipsi/Occlusione	NO	SI	Controllato	SI	NO
Rantolo Terminale	NO	SI	Controllato	SI	NO	Febbre	NO	SI	Controllato	SI	NO
Delirium-Agitazione	NO	SI	Controllato	SI	NO	Altro					

Data di conclusione della Presa in Carico _____

La presa in carico si è conclusa con:
 Trasferimento altro Servizio, specificare quale _____
 Altro (specificare) _____

Decesso: Al domicilio
In Hospice, specificare quale _____
In Pronto Soccorso
Durante il ricovero ospedaliero
In altra Struttura residenziale, specificare quale _____

Il luogo del decesso è stato quello desiderato
 Dall'Assistito SI NO
 Dai Familiari SI NO

Note:

Data:

 Timbro e Firma del medico
