

	STRUTTURA COMPLESSA CURE PALLIATIVE AREA METROPOLITANA	Documento di processo DCP-CP-DGP-Richiesta di Consulenza Specialistica- 00
	Dipartimento Cure Primarie	

RICHIESTA DI CONSULENZA SPECIALISTICA CURE PALLIATIVE

COGNOME E NOME.....

NATO IL COD. FISCALE.....

RESIDENZA:

DOMICILIO:.....

TEL / TEL. FAMILIARI

DIAGNOSI.....

Trattamenti in corso :

<input type="checkbox"/> CHEMIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> TERAPIA ANTALGICA
----------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------

Al momento il paziente si trova:

A DOMICILIO

IN RSA REPARTO.....

MEDICO DI RIFERIMENTO..... N.TEL

IN OSPEDALE REPARTO.....

MEDICO DI RIFERIMENTO..... N.TEL

<input type="checkbox"/> E necessita di	<input type="checkbox"/> Controllo sintomi/terapia antalgica	<input type="checkbox"/> Valutazione in Cure Palliative per inserimento in Hospice
-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

LA VISITA RICHIESTA E' DA EFFETTUARSI:

In ambulatorio

Al domicilio

In struttura

**IMPORTANTE: LA RICHIESTA DI CONSULENZA SPECIALISTICA PUO' ESSERE INVIATA tramite mail alla
 segreteria.curepalliative@asl3.liguria.it**

oppure consegnata dal Medico di Medicina Generale, da un familiare direttamente allo **Sportello Unico Distrettuale (SUD)**. Per quanto riguarda la consulenza domiciliare la richiesta deve essere corredata **DA UNA RICHIESTA REGIONALE DEL MMG CON LA SEGUENTE DICITURA "visita di valutazione per Cure palliative a paziente non deambulante"** che può essere lasciata a domicilio, importante inviare il modulo di richiesta.

DATA:

TIMBRO E FIRMA DEL COMPILATORE