

Al Responsabile Dell'U.V.P.
A.U.S.L. N° 9 **TRAPANI**
Presso Ufficio URP di

Il sottoscritto/a _____ in
qualità di (*) _____ reperibile
al seguente indirizzo: _____ Tel.
_____/_____

CHIEDE

che il/la paziente _____ nato/a a
_____ il ___/___/___ residente in _____
via _____ n. _____ tel. _____ possa
avvalersi, per la patologia neoplastica di cui soffre, l'assistenza socio-sanitaria presso il
proprio domicilio.

Si specifica che il medico di medicina generale dell'assistito/a è il dottore
(**) _____ reperibile presso il seguente
indirizzo _____ tel. _____/
cell. _____/_____ fax _____/_____ e-mail _____.

Si allega relazione della storia clinica dell'assistito/a quanto più dettagliata possibile dalla
quale si evincono le attuali condizioni cliniche.

Firma del richiedente

Firma e timbro del medico curante

(*) *specificare Se : medico di medicina generale o altro sanitario e a quale struttura appartiene; parente e grado di parentela con il paziente; operatore di altro servizio territoriale e specificare quale; operatore di un ente locale e specificare quale; appartenente ad una associazione di volontariato e specificare quale; altro.*

(**) *qualora fosse diverso dal richiedente.*

A cura dell' U.R.P. coordinatore provinciale ASL N° 9 Trapani Tel. 0923 472391 fax 0923 472390

SCREDA ANAMNESTICA RIEPILOGATIVA (DOC 2)

PAZIENTE _____ DATA NASCITA _____

DIAGNOSI: _____

TIPO ISTOLOGICO: _____

METASTASI: NO SI → SEDE _____

INTERVENTO CHIRURGICO: SI NO

CHEMIOTERAPIA: NO SI → IN ATTO SI NO

RADIOTERAPIA NO SI → IN ATTO SI NO

DOLORE: SI NO

TERAPIA DEL DOLORE SI NO DOLORE CONTROLLATO SI NO

IL PAZIENTE E': COSCIENTE ASSOPITO STUPOROSO COMA

IL PAZIENTE E' CONSAPEVOLE DELLA SUA MALATTIA: SI NO

IL PAZIENTE SI ALIMENTA DA SOLO: SI NO

NUTRIZIONE PARENTERALE

NUTRIZIONE ENTERALE

ACCESSO VENOSO: AGEVOLE DIFFICOLTOSO IMPOSSIBILE

IN ATTO PRESENTA PRESENZA DI: CATETERE VENOSO CENTRALE PORT SOTTOCUTANEO

MOBILITA': NORMALE DEAMBULA CON AUTO COSTRETTO SULLA SEDIA

ALLETTATO

INCONTINENZA URINARIA: SI NO CATETERE VESCICALE: SI NO

INCONTINENZA FECALE SI NO

ENTEROSTOMIE SI NO

UROSTOMIE: SI NO

TRACHEOSTOMIA: SI NO

OSSIGENOTERAPIA: NO SI PERMANETE OCCASIONALE

PIAGHE DA DECUBITO: SI NO

DEFICIT DELL'UDITO: NO SI CORRETTO SI NO

DEFICIT DELLA VISTA: NO SI CORRETTO SI NO

ANNOTAZIONI DI PARTICOLARE INTERESSE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Il medico curante