

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