

SCHEDA DI SEGNALAZIONE**RETE DI CURE PALLIATIVE-PERCORSO ONCOLOGICO**

Al Coordinatore infermieristico/ ☐ PUA di _____
Coordinatore di percorso del ☐ distretto di _____

Il sottoscritto/a _____ Telefono _____

segnala per la presa in carico da parte della Rete Cure Palliative il sig. /sig.ra

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Tessera sanitaria _____

Residente a _____ Telefono _____

assistito/a dal Medico di med. generale dr./dr.ssa _____

☐ POSSIBILITA' DI GUARIGIONE ☐ SI ☐ NO

☐ PREVISIONE DI RAPIDA PROGRESSIONE

☐ NON ELIGIBILITA' A TRATTAMENTO CHE POSSA SICURAMENTE
RALLENTARE LA PROGRESSIONE DELLA MALATTIA

☐ PRESENZA DI SINTOMI DISTURBANTI

La segnalazione è stata effettuata previa informazione e consenso
dell'interessato

Data _____

Firma _____