



RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN ASSISTENZA DOMICILIARE

All'attenzione della Responsabile del Centro di ascolto Dr.ssa Dimitrova
Telefono : 06.5349622 - Fax 06.53273183

Cognome _____	Nome _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Età _____	Luogo e Data di nascita _____	
Stato Civile _____	Condizione lavorativa _____	
Indirizzo _____	Municipio _____	
Telefono _____	ASL _____	
Codice Regionale _____	_____	

Familiare di riferimento _____	Grado di parentela _____
Indirizzo _____	Città _____
Recapiti telefonici _____	
Persone presenti in casa _____	

Ospedale /reparto _____	Data ricovero _____	Data dimiss. _____
Diagnosi _____	Data diagnosi _____	
Patologie concomitanti _____		
Attuale terapia _____		

<u>Requisiti necessari per la presa in carico in Assistenza Domiciliare:</u>		
a) soggetto con prognosi di sopravvivenza limitata evidenziata da pregressa documentazione clinica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b) superamento di realistiche possibilità di cura specifica chirurgica, chemio e/o radioterapica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c) soggetto che necessita di cure palliative in regime domiciliare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Firma del
Medico richiedente _____ Telefono _____

Data _____ Firma del familiare _____

N.B. Per la presa in carico, è necessario **allegare i risultati degli accertamenti più importanti della diagnosi (TAC, ECO, ecc.), eventuali esami ematochimici e la terapia in atto** e la richiesta di assistenza domiciliare per cure palliative con relazione certificante la malattia oncologica, redatta su ricettario S.S.N.