



AZIENDA OSPEDALIERA  
CARLO POMA

## **STRUTTURA CURE PALLIATIVE**

Responsabile f.f : D.ssa Alessia Modé

Inviare la segnalazione per:

- ricovero ordinario: [curepalliative@aopoma.it](mailto:curepalliative@aopoma.it) fax: 0376 201417  
- ospedalizzazione domiciliare: [domiciliare.palliative@aopoma.it](mailto:domiciliare.palliative@aopoma.it); fax 0376-201237

### **MODULO DI SEGNALAZIONE PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA**

RICOVERO ORDINARIO

AL DOMICILIO

Cognome..... Nome.....  
Data di Nascita..... Domicilio.....  
Tel. del Domicilio.....  
**Referente:** Cognome..... Nome.....  
Grado di parentela..... Tel. del Referente.....

### **Attualmente il paziente si trova**

**Al proprio domicilio**

Medico M.G. ....

**Ricoverato presso**

Struttura.....

### **Diagnosi e breve storia clinica del paziente:**

.....  
.....  
.....  
.....

### **Prognosi quoad vitam (giorni)**

- Minore gg. 30       Minore gg. 60       Minore gg. 90       Maggiore gg. 90

**Indice Karnofsky**..... o altro indice di autonomia (Barthel).....

Data, .....

Firma del Segnalatore: .....

(Medico, Paziente, Familiare, Servizi Sociali)