

Convenzione UOCP Salvini 2004

Alla U.O.C.P.

Azienda Ospedaliera "G. Salvini"

Richiesta di: ospedalizzazione domiciliare consulenza

MEDICO di M.G. dr.		codice reg
per il/la paziente sig./ra		
nato/a il	tessera SSN	
residente a		
via	n°	telefono
diagnosi:		
ultimo ricovero ospedaliero	dal	al
presso (presidio ospedaliero e divisione)		
per		
sintomatologia attuale e terapia in corso		

PERFORMANCE STATUS (Karnofsky)

100	Normale attività. Non evidenza di malattia
90	Capace di svolgere una normale attività. Segni minori di malattia
80	Normale attività con sforzo. Qualche segno o sintomo di malattia
70	Autosufficiente. Inabile a svolgere una normale attività lavorativa
60	Richiede assistenza occasionale; è in grado di adempiere alla maggior parte delle sue necessità

50	Richiede assistenza particolare e frequente intervento medico.
40	Inabile. Richiede speciali cure e assistenza
30	Gravemente inabile. Il decesso non è imminente.
20	Gravemente ammalato. E' indispensabile un'attiva terapia
10	Moribondo. Stato patologico in rapida progressione verso l'exitus

data _____

firma del M.M.G. _____

recapiti telefonici / fax _____

PER ASSENSO DEL MEDICO SPECIALISTA da compilare in caso di richiesta di ospedalizzazione domiciliare

medico specialista UOCP referente del caso dr. _____

primo accesso domiciliare il _____ firma _____

note: _____

