MODULO DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE RETE CURE PALLIATIVE (Ambulatori/Consulenze/Hospice)	**PROCEDURA AZIENDALE P043AUSLBO** **Mod 01** Allegato 3

Al Responsabile
della Rete delle Cure Palliative
dell'Azienda AUSL di BOLOGNA
Dottoressa Danila Valenti
curepalliative.rete@ausl.bologna.it
Fax : 0514966150; Tel : 0516225652

Sig/ra……...…….....

nato/a a ……..il…….....

residente in…….Via…….....

Tel…….Cell……..... AUSL di appartenenza…….....

con diagnosi…….....

condizioni attuali…….....

…….....

Ĭ Attualmente ricoverato/a presso l'Ospedale…….....

di…….Reparto…….dal…….....

Ĭ Attualmente assistito presso il proprio domicilio

Ĭ Già seguito dal Servizio Ambulatoriale di Cure Palliative: …….....

Cognome, nome, n° telefono e grado di parentela del familiare da contattare e informato della richiesta:

.....

Ĭ VISITA DI PRESA IN CARICO AMBULATORIALE - preferenza:_____

Ĭ COLLOQUIO CON I FAMILIARI

Ĭ CONSULENZA DOMICILIO/REPARTO

Ĭ RICOVERO IN HOSPICE

Ĭ Il paziente avrà verosimilmente bisogno dell'Hospice

Inviare documentazione clinica: fax **0514966150** E-Mail: **curepalliative.rete@ausl.bologna.it**

Il Medico proponente (firma leggibile e timbro)

Dottor…….…….....

Tel……Cell…….....

Richiesta inviata in data……..

Questo documento è di proprietà della Azienda USL di Bologna e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.