



ALLEGATO 1 :

Scheda segnalazione PPF

Cognome Nome **Data di nascita**.....

Indirizzo.....**Città**.....

Nazionalità.....**Telefono/i**.....

Diagnosi.....

Aspettativa di vita:

- Breve (< a 4 mesi)
- Media (4-12 mesi)
- Lungo termine (> 12 mesi)

Valutazione effettuata in:

- Accoglienza CAS
- Valutazione GIC
- Accoglienza Day Hospital
- Accoglienza Reparto (indicare quale.....)
- Passaggio/Accoglienza Cure Palliative

Caratteristiche della famiglia:

- Coniugato/a
- Divorziato/a (nome).....
- Separato/a
- Vedovo/a
- Single
- Convivente

Care Giver: NO SI

Presenza di figli: NO SI Età.....

Consenso del paziente ad entrare in contatto con la famiglia NO SI

Indicare uno o più indici di fragilità

- presenza di bambini
- Famiglia con persona/e colpite da disagio psichico/alcolismo/tossicodipendenza (*segnare se già seguita/e da:* SERD CSM Psicologo Nome Referente

- Presenza di: ragazzi o giovani adulti
- Famiglia con altri malati o disabili, anziani o grandi anziani
- Famiglia ristretta (età del familiare.....)
- Famiglia con esperienze traumatiche (lutti/gravi malattie/....)
- Nessun familiare

Note libere:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data compilazione..... Firma compilatore/inviante.....