



ALLEGATO 1 :
Scheda segnalazione PPF

Cognome Nome **Data di nascita**

.....

Indirizzo

Città.....

Nazionalità..... **Telefono/i**

.....

Diagnosi

.....

Aspettativa di vita:

Valutazione effettuata in:

Breve (< a 4 mesi)

Accoglienza CAS

Media (4-12 mesi)

Valutazione GIC

Lungo termine (> 12 mesi)

Accoglienza Day Hospital
 Accoglienza Reparto

.....

Passaggio/Accoglienza Cure Palliative

Caratteristiche della famiglia:

Care Giver: NO SI

Coniugato/a

Divorziato/a (nome).....

Separato/a

Vedovo/a

Presenza di figli: NO SI

Single

Età.....

Convivente

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

Indicare uno o più indici di fragilità

- presenza di bambini da disagio
- presenza di: ragazzi o giovani adulti psichico/alcolismo/tossicodipendenza
- Famiglia con altri malati o disabili o anziani
SERD CSM
 grandi anziani
.....)
- Famiglia ristretta (età del familiare.....)
traumatiche
- Nessun familiare
- Famiglia con persona/e colpite
- (segnare se già seguita/e da:*
- Psicologo (Nome Referente
- Famiglia con esperienze
(lutti/gravi malattie/....)

Note libere:

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

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