

Regione Marche
A.S.U.R. - Azienda Sanitaria Unica Regionale
ZONA TERRITORIALE N. 1 - P E S A R O
 (Legge Regionale n. 13 del 20 giugno 2003)

Assistenza al malato oncologico
DGRM 1396/2001 – Delibera n° 202 del 19/10/2001
SCHEDA INSERIMENTO UTENTE

SCHEDA UTENTE N°:	Medico curante:
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Comune di residenza:
Indirizzo:	Recapito telefonico:
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° iscrizione ASUR:

Patologia Neoplastica			Note.
Mammella		Epatica primitiva	
Gastrico		Epatica secondaria	
Colon		Cerebrale primitiva	
Retto		Cerebrale secondaria	
Pancreas		Rene	
Polmonare primitiva		Vescica	
Polmonare secondaria		Prostata	
Utero		Testicolo	
ovaia		Linfoma (H e NH)	
Altro		Malattia ematologica	
Diagnosi circostanziata:			

Io sottoscritto Dott. chiedo l'inserimento del paziente citato nell'ambito del progetto oncologico terminale per il quale assicurerò secondo quanto previsto dalla delibera 202/2001 il servizio di Pronta Disponibilità sulle 24 ore per 7 giorni la settimana.

Timbro e Firma

.....

Io sottoscritto Dott. Medico di Medicina Generale del paziente citato chiede l'inserimento in ADI del paziente con assistenza da parte della associazione ANT – IOPRA- AOVAM - AIL, secondo quanto previsto dal progetto oncologico terminale.

Data

Timbro e firma.

.....

Associazione di volontariato	<i>Barrare la voce che interessa</i>
Timbro	<input type="checkbox"/> Assistenza oncologica terminale <input type="checkbox"/> Terapia del dolore

Livelli di assistenza <i>Barrare la voce che interessa</i>	Medico specialista	Medico specialista + Infermiere	Anestesista	Altro
--	---------------------------	--	--------------------	--------------

Problematiche assistenziali del paziente <i>(al momento della presa in carico)</i>	SI	NO	Note
Catetere venoso centrale			
Nutrizione parenterale			
Sondino NG			
Nutrizione enterale			
Catetere vescicale			
Retto-colonstomia			
Urostomia			
Terapia del dolore (elastomero peridurale)			
Ossigenoterapia			
Terapia infusiva e/o di supporto			
Clinostatismo obbligato con piaghe da decubito			
Altro			

Note dell'Associazione di volontariato:

.....

Data

Timbro e Firma del Medico dell'Associazione

Paziente valutato dall'Unità Valutativa Distrettuale con esito positivo in data

Il Medico Coordinatore UVD

Note:

.....