

## Valutazione del Medico Curante

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ M  F

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il  /  /

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

paziente affetto da malattia in fase avanzata con assenza o inopportunità di indicazione a trattamenti di cura specifici.

**Patologia principale:** \_\_\_\_\_

**Patologie concomitanti:**  diabete  insuff. renale  ipertensione arteriosa  
altro \_\_\_\_\_

**Coscienza:**  vigile  sonnolente  coma

**Mobilità:**  autonomo  uso di presidi  totalmente dipendente

**Dolore:**  assente  Scala NRS \_\_\_\_\_

**Portatore di:**  O2 TERAPIA  tracheostomia  ventilazione assistita  stomia intestinale

sondino gastrico  peg  port-A-cath  catetere vescicale  nefrostomia

cvc/picc  pace maker

**Piaghe da decubito:** sede \_\_\_\_\_ stadio: 1° 2° 3° 4°

**Terapia in atto** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il Medico Curante