

<b>Cognome e nome</b>	<b>Data di nascita</b>
<b>Via e n°</b>	<b>Telefono</b>
<b>Località</b>	<b>Cassa malati</b>
<b>Persona di contatto</b>	<b>Telefono</b>
<b>Ente segnalante</b>	<b>Medico curante</b>
<b>Diagnosi principale:</b> <input type="checkbox"/> oncologica..... <input type="checkbox"/> non oncologica..... <b>Comorbidity:</b> <input type="checkbox"/> cardiovascolare <input type="checkbox"/> respiratorie <input type="checkbox"/> neurologiche <input type="checkbox"/> metaboliche <b>Stato generale:</b> Indice di Karnofsky:..... o Palliative Performance scale:.....	
<b>Intervento richiesto</b> <input type="checkbox"/> Cure palliative integrate precoci <input type="checkbox"/> Malattia in progressione <input type="checkbox"/> Cure di fine vita	

<b>Informazione del paziente</b> <input type="checkbox"/> Cosciente della <u>diagnosi</u> : <input type="checkbox"/> completamente <input type="checkbox"/> parzialmente <input type="checkbox"/> per nulla <input type="checkbox"/> Cosciente della <u>prognosi</u> : <input type="checkbox"/> completamente <input type="checkbox"/> parzialmente <input type="checkbox"/> per nulla <input type="checkbox"/> Non informato	<b>Sono stati informati dell'annuncio</b> <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Medico curante <b>Spitex attivato:</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, quale: ..... Altro:.....
--	--

<b>Luogo di cura attuale</b> <input type="checkbox"/> Al domicilio <input type="checkbox"/> Degente a:..... Dimissione prevista il:.....	<b>Ulteriori informazioni:</b>
---	--------------------------------

**Allegare ultimo rapporto medico o documentazione clinica al momento della dimissione**

Data:.....

Firma:.....

Tel:.....

### Sopraceneri

Centro Triangolo  
Via Ciseri 19, 6600 Locarno  
Matthias Drygalla 079 859 32 36  
Heidi Kern 079 375 73 33  
Fax 091 751 01 17 (previa segnalazione telefonica)  
[infermiere@triangolo.ch](mailto:infermiere@triangolo.ch)

### Sottoceneri

Associazione Triangolo, c/o Oncologia Varini/Calderoni/Christinat  
Via A. Fogazzaro 3, 6900 Lugano  
Andreia Arruzza 079 650 47 10  
Sarah Galli 079 430 97 94  
Fax 091 751 01 17 (previa segnalazione telefonica)  
[infermiere@triangolo.ch](mailto:infermiere@triangolo.ch)