



Triage di Richiesta Valutazione per Radioterapia Palliativa

Data richiesta (g/m/a) ___/___/___

Modalità richiesta: sportello telefono email

Paziente Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: M F Data di nascita (g/m/a): ___/___/___

Recapito Telefonico / Mail: _____

RICHIEDENTE: Reparto _____; D.H. _____; Domicilio (ASL) _____; A.D. (ASL) _____;

Hospice _____ Altro _____ Medico richiedente _____

Autonomia Deambulazione: si carrozzina letto

Ambulanza: si no

Esiste Cartella di RADIOTERAPIA già aperta: NO SI N° _____

Tumore Primitivo:

Mammella Polmone Prostata Upper/ Lower GI: _____ Rene Ginecologico

Testa-collo Mieloma multiplo Melanoma Altro: _____

Motivo della richiesta:

1. Compressione Midollare: sintomi neurologici? no si Da quanti giorni presenta sintomi? _____

2. Sindrome Mediastinica: Sintomi? no si Da quanti giorni presenta sintomi? _____

3. Sanguinamento: Valori HB _____ (data g___/m___/a___)

Eseguita trasfusione? no si ; data ultima trasfusione (g___/m___/a___)

4. Dolore Osseo Elevato (NRS 8-10) non controllato dalla terapia farmacologica in corso

5. Dolore Osseo Lieve-Medio (NRS 1-7)

6. Altro Dolore Non Osseo (NRS _____); Dettaglio _____

Terapia Antalgica in corso: _____

Valore PMI (Pain Management Index): _____; Sospetto Dolore Episodico Intenso (Breakthrough Pain)

Metastasi Ossee non dolenti Metastasi Surrenaliche Metastasi Linfonodali

Metastasi Epatiche Metastasi Cerebrali Metastasi Polmonari altro _____

NOTE: _____

Chi ha rilevato Informazioni (Firma/ID): _____ Data e ora: _____

Operatore: Medico Infermiere

→ (Medico) Assegnazione Priorità: Altissima Alta Ordinaria

→ (Medico) Ambulatorio selezionato: Emergenze Ordinario Gestione Multidisciplinare del Dolore Televisita

→ Firma/ID Medico: _____ Data e ora Assegnazione Priorità: _____ Data Visita g___/m___/a___

www.laretedelsollievo.net