

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Instituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
<p><b>MODULO DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE RETE CURE PALLIATIVE (Ambulatori/Consulenze/Hospice)</b></p>	<p><b>Mod 01-INT Allegato 3-P043AUSLBO</b></p>

**Alla Responsabile  
della Rete delle Cure Palliative  
dell'Azienda AUSL di BOLOGNA**  
Dott.ssa Danila Valenti  
curepalliative.rete@pec.ausl.bologna.it  
Tel : 0514966149

Sig.ra/Sig\*.....  
nata/o a\* .....il\*.....  
residente\* in.....Via.....  
domicilio temporaneo.....  
Tel/Cell\*..... AUSL e Regione di appartenenza\*.....  
Diagnosi principale(ICD9)\*.....  
condizioni attuali\*.....  
.....  
 Attualmente ricoverata/o presso l'Ospedale\*\*.....  
di.....Reparto.....dal.....  
 Attualmente assistito presso il proprio domicilio se si quale: ADI ( ) RLCP ( )  
 Già seguito dal Servizio Ambulatoriale di Cure Palliative quale: .....

**Cognome\*, nome, n° telefono \*(CELLULARE informazione indispensabile)  
e grado di parentela del familiare\* da contattare e informato della richiesta:**

.....  
Indicare almeno una opzione di richiesta\*

- VISITA DI PRESA IN CARICO AMBULATORIALE       CONSULENZA IN REPARTO  
 COLLOQUIO CON I FAMILIARI                               CONSULENZA DOMICILIO  
 RICOVERO IN HOSPICE

**Inviare documentazione clinica: E-Mail: [curepalliative.rete@pec.ausl.bologna.it](mailto:curepalliative.rete@pec.ausl.bologna.it)**

**Il componente dell'equipe\* (Medico, infermiere, psicologo) proponente:**

Dott.\*.....  
(COGNOME E NOME)

Tel\*..... Cell\*.....

Richiesta inviata in data.....

\*campo obbligatorio

\*\*Se ricoverato in struttura di qualsiasi tipologia (Presidio ospedaliero, OPA, OSCO, CRA, RP, ecc)