

SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN PROGRAMA

¿URGENTE?

SI

NO

FECHA DE DERIVACIÓN

DATOS DEL ENFERMO

NOMBRE	APELLIDOS	N.º S.S.
FECHA NACIMIENTO/EDAD		
DIRECCIÓN		
TELÉFONOS DE CONTACTO		
CUIDADORES/AS		

DATOS DEL EQUIPO DE A.P.

CENTRO DE SALUD / CONSULTORIO
MÉDICO
ENFERMERA

DIAGNÓSTICO

ONCOLÓGICO: SI NO

TUMOR PRIMITIVO	FECHA Dx
LOCALIZACIÓN	
METÁTASIS	SI NO NC Localización:

NO ONCOLÓGICO: SI NO

DIAGNÓSTICOS:

SÍNTOMAS

¿DOLOR?	SI	NO	Localización		
¿COME?	SI	NO	¿VÓMITOS?	SI	NO
¿DISAGIA?	SI	NO	¿CONFUSIÓN?	SI	NO
¿ÚLCERAS?	SI	NO	¿DISNEA?	SI	NO

¿QUÉ LE PREOCUPA MÁS AL PACIENTE Y/O CUIDADORES?

MEDICACIÓN:

DERIVADO POR:

ONCOLOGÍA	SI	NO
MÉDICO A.P.	SI	NO
ENFERMERA A.P.	SI	NO
¿MÉDICO F. CONFORME?	SI	NO

OTRAS ESPEC.	SI	NO
FAMILIA	SI	NO
OTROS	SI	NO
en espera autoriz.	SI	NO

PRIMEROS CONTACTOS TRAS DERIVACIÓN: