

I871 **SCHEDE SANITARIE PER I PARTECIPANTI AI SOGGIORNI CLIMATICI "PROTETTI" ORGANIZZATI
DALLA COMUNITA' VALLE DI CEMBRA - ANNO 2019**
DA COMPILARE CON COMPLETEZZA E CHIAREZZA DAL PROPRIO MEDICO CURANTE

SCHEDA SANITARIA DEL/LA SIGNOR/A _____

DATA DI NASCITA _____

EVENTUALI PATOLOGIE IN ATTO _____

EVENTUALI PATOLOGIE PREGRESSE: _____

TERAPIA IN ATTO:

TIPO DI FARMACI ATTUALMENTE ASSUNTI	POSOLOGIA GIORNALIERA (INDICARE LA QUANTITÀ E L'ORARIO DI ASSUNZIONE DEI FARMACI)

IL PAZIENTE SOFFRE DI ALLERGIE: NO SI (SPECIFICARE: FARMACI, ALIMENTI, RADIAZIONI SOLARI O ALTRO) _____

IL PAZIENTE SOFFRE DI DISTURBI ALIMENTARI: NO SI CON NECESSITA' DI DIETA SPECIALE: _____

IL PAZIENTE PRESENTA:

FORTI PROBLEMI DI UDITO SÌ NO

FORTI PROBLEMI DI VISTA SÌ NO

PROBLEMI DI ALCOOLDIPENDENZA SÌ NO

DEAMBULA CON LA SEDIA A ROTELLE SÌ NO

PATOLOGIE PARTICOLARI DA SEGNALARE:

EPILESSIA

DISTURBI PRESSORI

CATETERI

DIABETE

DISTURBI PSICHICI

INCONTINENZA

CARDIOPATIE

ASMA

ALTRO _____

PROBLEMI PRESSORI

P.A.O. _____

IL PAZIENTE NECESSITA DI SOGGIORNO PROTETTO**

(PRESENZA DI PERSONALE DI ASSISTENZA ED INFERMIERISTICO) CON:

Nota per il medico curante: L'Ente può ammettere ai soggiorni **SOLO persone con necessità di soggiorno protetto, perciò la mancata compilazione di questa parte della scheda comporta la non accettazione della domanda.

ASSISTENZA SALTUARIA AL BISOGNO (assistenti domiciliari ed infermieri messi a disposizione dall'Ente)

ASSISTENZA CONTINUA DA PARTE DI UN ACCOMPAGNATORE CHE SE NE OCCUPI IN VIA ESCLUSIVA (v. scheda allegata)

SUSSISTONO CONTROINDICAZIONI AL SOGGIORNO MARINO SÌ NO

NOTE _____

DATI DEL MEDICO CURANTE: COGNOME E NOME _____ TEL. _____

DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE _____