

**SCHEDA SANITARIA PER I PARTECIPANTI AI SOGGIORNI CLIMATICI "PROTETTI" ORGANIZZATI
DALLA COMUNITA' DELLA 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FORTI PROBLEMI DI VISTA	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PROBLEMI DI ALCOOLDIPENDENZA	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DEAMBULA CON LA SEDIA A ROTELLE	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

PATOLOGIE PARTICOLARI DA SEGNALARE:

<input type="checkbox"/> EPILESSIA	<input type="checkbox"/> DISTURBI PRESSORI	<input type="checkbox"/> CATETERI
<input type="checkbox"/> DIABETE	<input type="checkbox"/> DISTURBI PSICHICI	<input type="checkbox"/> INCONTINENZA
<input type="checkbox"/> CARDIOPATIE	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> ALTRO _____
<input type="checkbox"/> PROBLEMI PRESSORI	<input type="checkbox"/> 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 LACUSTRE SI NO

NOTE _____

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

DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE _____