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 □	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 LACUSTRE □ SI □ NO

NOTE _____

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

DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE _____