

Il sottoscritto Dottor _____
in qualità di _____
cellulare _____ telefono studio _____
mail _____
dichiara relativamente al Signor/a _____

CENNI ANAMNESTICI

ANAMNESI ALLERGOLOGICA:

RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI TRE ANNI

DIAGNOSI

APPARATO BRONCOPOLMONARE

- Bronchite cronica
- BPCO
- Altro _____

APPARATO CARDIOVASCOLARE

- Ipertensione
- Scompenso cardiaco
- Infarto miocardio acuto _____
- Aritmie gravi _____
- Pace-maker
- Arteriopatie periferiche
- Altro _____

APPARATO GASTROINTESTINALE

- Ulcera gastroduodenale in atto
- Ernia iatale
- Cirrosi epatica
- Diverticolosi intestinale del colon
- Altro _____

APPARATO GENITO-URINARIO

- Insufficienza renale cronica
- Ipertrofia prostatica
- Cistopielite cronica
- Portatore di catetere
- Altro _____

APPARATO NEUROLOGICO

- Ictus cerebrale
- Patologia degenerativa _____
- Emorragia Cerebrale
- Parkinson/ismo
- Declino cognitivo _____
- Altro _____

APPARATO OSTEOARTICOLARE

- Blocchi articolari/Anchilosi
- Osteoporosi/Osteopenia
- Fratture pregresse o recenti, sede: _____
- Altro _____

MALATTIE METABOLICHE

- Diabete
- Altro _____

PATOLOGIA NEOPLASTICA

- Fase evolutiva
- Metastasi

Sede _____

ALTRE PATOLOGIE GRAVI:

.....
.....

Dichiaro che il futuro ospite non presenta in atto segni di malattia infettiva, diffusiva o contagiosa e pertanto non esistono controindicazioni al suo inserimento in comunità. _____

TERAPIA IN ATTO

Farmaco _____ ora _____

TERAPIA AL BISOGNO:

Farmaco _____ motivo _____

Farmaco _____ motivo _____

Farmaco _____ motivo _____

DOMANDA DI INVALIDITA'

In corso Si No

DOMANDA U.V.G.

In corso Si No

TIMBRO E FIRMA

Data _____
