

**SCHEDA SANITARIA PER I PARTECIPANTI AI SOGGIORNI CLIMATICI "PROTETTI" ORGANIZZATI  
DALLA COMUNITA' DELLA VALLE DI CEMBRA- ANNO 2018  
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"/>
<b>DEAMBULA CON LA SEDIA A ROTELLE</b>	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 \_\_\_\_\_