

**SCHEMA 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**

SCHEMA 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 NECESSITÀ 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 _____