

INFORMAZIONI DI CARATTERE SANITARIO RELATIVE A

Sig.....

Nata/o ila.....

Si prega di segnalare quanto noto circa le condizioni di salute, con particolare riferimento a :

- deambulazione autonoma SI NO
- uso di carrozzina o altri ausili per la deambulazione.....
- usa sponde al letto.....

- uso di catetere vescicale.....
- uso di pannolone.....
- presenza di colostomia.....
- porta sondino naso-gastrico.....
- fa uso di ossigeno.....

- necessità di aiuto per:
 l'alimentazione.....
 l'abbigliamento.....
 igiene personale.....
 l'uso dei servizi igienici

- allergie a farmaci.....

- problemi di vista o di udito.....

- insonnia.....

- presenza di condizioni patologiche di rilievo
.....
.....
.....
.....
.....

- presenza di particolari patologie infettive
.....
- presenza di patologie psichiatriche.....
.....
Confusione.....
Agitazione.....
Irritabilità.....

- uso di farmaci
.....
.....

- invalidità...(indicare la percentuale).....
- Assegno di accompagnamento.....

Arese,

Il Medico di base