

COGNOME e NOME _____

⇒ **ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:**

(segnalare le informazioni relative a patologie pregresse ed eventuali accessi ospedalieri per patologie degne di nota).

⇒ **ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:**

(segnalare le informazioni relative a patologie in atto).

⇒ **MALATTIE INFETTIVE:**

- SI' NO

-

⇒ **SI DICHIARA ASSENZA DI PATOLOGIE INFETTIVE IN ATTO E CONSEGUENTE IDONEITA' ALLA VITA IN COMUNITA':**

- SI' NO _____

⇒ **ALLERGIE/INTOLLERANZE:**

SI' NO

(specificare quali) _____

⇒ **TERAPIA IN ATTO:**

(specificare molecola, dosaggio ed orario di somministrazione)

Farmaco	Dosaggio	Orario somministrazione

⇒ **TRATTAMENTI SPECIALISTICI:**

1.	Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/>
2.	SNG/PEG	<input type="checkbox"/>
3.	Tracheostomia	<input type="checkbox"/>
4.	Respiratorie/Ventilazione assistita	<input type="checkbox"/>
5.	Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/>
6.	Dialisi	<input type="checkbox"/>
7.	Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/>
8.	Altri trattamenti specialistici	<input type="checkbox"/>
	Gestione Stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/>
	Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/>
	Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/>
	Gestione terapia con microinfusori/elastomeri	<input type="checkbox"/>
	Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/>
	Drenaggi	<input type="checkbox"/>
	Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/>
	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

.....

.....

Recapito telefonico: