

**DATI SANITARI PER I PARTECIPANTI AI SOGGIORNI CLIMATICI PROTETTI**  
 (N.B.: la parte in grigetto va compilata solo per persone beneficiarie dell'assegno di cura di cui alla L.p. n. 6/98 o L.p. n. 15/2012)

(DOPO LA **REGOLARE E COMPLETA COMPILAZIONE E FIRMA ESCLUSIVAMENTE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O DELLO SPECIALISTA**, LA SCHEDA VA CONSEGNATA AL SERVIZIO ATTIVITA' SOCIALI DEL COMUNE DI TRENTO CON LA FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono o altri recapiti per comunicazioni urgenti \_\_\_\_\_

Ospite Casa di Riposo o altra struttura \_\_\_\_\_

Diagnosi sintetica \_\_\_\_\_

Malattie pregresse \_\_\_\_\_

**Terapia giornaliera in atto e posologia:**

<u>FARMACO</u>	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

**Terapia al bisogno con specifica della quantità secondo i valori:**

<u>FARMACO</u>	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Dieta speciale: (specificare: ipoproteica, ipolipidica, senza zuccheri, iposodica)

**SPECIFICO PER PERSONE BENEFICIARIE DELL'ASSEGNO DI CURA DI CUI ALLA L.P. 6/98 O L.P. 15/2012**

Si conferma che il livello della patologia è compatibile, in presenza obbligatoria dell'accompagnatore, con la partecipazione dell'interessato al soggiorno, con benefici per la persona e senza controindicazioni per la vita di gruppo:

SI  NO

**N.B. E' necessario che tutte le voci sopra previste, nessuna esclusa, siano compilate dal medico di medicina generale in modo chiaro e leggibile, possibilmente IN STAMPATELLO.**

Può vivere in comunità ? si  no   
 Può affrontare il viaggio in pullman ? si  no   
 Ha bisogno che venga somministrata la terapia da parte dell'assistente sanitario? si  no   
 Ultimo valore di glicemia \_\_\_\_\_ rilevato in data \_\_\_\_\_

**Presenta:**

forti problemi di udito	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
forti problemi di vista	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
incontinente	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>
può assumere alcool	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
E' autosufficiente ?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>
Abbisogna di accompagnatore?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
E' in carrozzina?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
E' in girello?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	

**Patologie particolari da segnalare:**

- malattie cardiovascolari si  no  \_\_\_\_\_
- terapia antiaggreganti si  no  \_\_\_\_\_
- soffre di ischemia (specificare tipo) si  no  \_\_\_\_\_
- iperteso si  no  \_\_\_\_\_
- ipoteso si  no  \_\_\_\_\_
- malattie apparato genitourinario si  no  \_\_\_\_\_
- malattie apparato respiratorio si  no  \_\_\_\_\_
- asma si  no  \_\_\_\_\_
- endocrinopatie e malattie del metab. si  no  \_\_\_\_\_
- diabete si  no  \_\_\_\_\_
- insulino dipendente si  no  \_\_\_\_\_
- malattie apparato gastroenterico si  no  \_\_\_\_\_
- epatopatia esogena si  no  \_\_\_\_\_
- allergie si  no  \_\_\_\_\_
- malattie sistema nervoso si  no  \_\_\_\_\_
- esiti da paresi si  no  \_\_\_\_\_
- epilessia si  no  \_\_\_\_\_
- seguito dal settore salute mentale si  no  \_\_\_\_\_
- malattie dermatologiche si  no  \_\_\_\_\_
- **notizie importanti e necessarie da rilevare** \_\_\_\_\_

Non presenta controindicazioni per il seguente soggiorno: MARINO  LACUSTRE

Timbro, firma, recapito telefonico del **Medico di Medicina Generale/Specialista** responsabile della compilazione della scheda

(firma leggibile)

Data, \_\_\_\_\_

**N.B.** E' necessario che tutte le voci sopra previste, nessuna esclusa, siano compilate dal medico di medicina generale in modo chiaro e leggibile, possibilmente IN STAMPATELLO.