

- Da compilare a cura del medico curante.

Il/la sottoscritto/a Dottor/Dottoressa _____

In qualità di medico di base del/della Sig./Sig.ra _____

Dichiara quanto segue:

CENNI ANAMNESTICI

RICOVERI IN OSPEDALE

TERAPIA IN ATTO

APPARATO CARDIOVASCOLARE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ipertensione | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Sincopi | <input type="checkbox"/> Pace-maker |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia Ischemica | <input type="checkbox"/> Arteriopatia obliterante arti inferiori |
| Altro _____ | |

APPARATO BRONCOPOLMONARE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bpco/Asma | <input type="checkbox"/> O2 domiciliare |
| <input type="checkbox"/> Polmoniti pregresse | <input type="checkbox"/> Necessità di broncoaspirazione |
| <input type="checkbox"/> Embolie polmonari pregresse | <input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica non invasiva |
| Altro _____ | |

APPARATO GASTROINTESTINALE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ernia iatale/reflusso gastroesofageo | <input type="checkbox"/> Ano preternaturale |
| <input type="checkbox"/> Malattia peptica/ ulcera gastrica – duodenale | <input type="checkbox"/> Diverticolosi |
| <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale | <input type="checkbox"/> Peg |
| | <input type="checkbox"/> Sondino NG |
| <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale | <input type="checkbox"/> Accesso periferico |
| | <input type="checkbox"/> Centrale |

Altro _____

APPARATO GENITO-URINARIO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Insufficienza renale cronica | <input type="checkbox"/> Litiasi renale |
| <input type="checkbox"/> Iperplasia prostatica benigna | <input type="checkbox"/> Incontinenza |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia prostatica | <input type="checkbox"/> Portatore di catetere |

Altro _____

MALATTIE METABOLICHE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito | <input type="checkbox"/> Ipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Insulino dipendente | <input type="checkbox"/> Ipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Non insulino dipendente | |

Altro _____

APPARATO OSTEO ARTICOLARE

- Artrosi invalidante
- Osteoporosi

- Fratture pregresse
- Protesi

Altro _____

APPARATO NEUROLOGICO

- Tia
- Ictus
- Emiparesi destra Emiparesi sinistra
- Afasia
- Malattia Parkinson / Parkinsonismo

- Deficit cognitivi
- Demenza
- Depressione/distimia
- Ansia
- Psicosi

Altro _____

PATOLOGIA NEOPLASTICA

- Tipo _____
 - Metastasi _____
 - Terapia del dolore _____
- Altro _____

PATOLOGIE TRASMISSIBILI

- HbsAg pos.
- HCV pos.
- Altro

Altro _____

<i>CASA DI RIPOSO</i>	<i>DICHIARAZIONE MEDICA</i>	
-----------------------	--	--

li _____

Il/La sottoscritto/a Dottor/Dott.ssa _____ in qualità di medico di base del
Sig./della Sig.ra _____

certifica

che il Sig./la Sig.ra _____ nato/a a _____ non è
affetto/a da malattie infettive e contagiose in atto e non presenta turbe psicofisiche che non consentono la vita
in comunità.

Il Medico curante
(Timbro e firma)
