



CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

Sig, _____ nat _____ il _____

a _____ residente a _____

Via _____ n _____

EVENTI PATOLOGICI PREGRESSI

(ricoveri, interventi chirurgici, fratture, malattie che hanno lasciato postumi, specificando ove possibile l'anno in cui sono avvenuti)

MALATTIE IN ATTO

**CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE*****TERAPIA ORALE***

| Inizio | Farmaco/Principio attivo | Ore 8.30 | Ore 12.30 | Ore 16.00 | Ore 19.00 | fine |
|--------|--------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

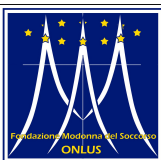
TERAPIA DI ALTRO TIPO

| Inizio | Farmaco/Principio attivo | Ore 8.30 | Ore 12.30 | Ore 16.00 | Ore 19.00 | Fine |
|--------|--------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

TERAPIA INIETTIVA

| Inizio | Farmaco/Principio attivo | Ore 8.30 | Ore 12.30 | Ore 16.00 | Ore 19.00 | Fine |
|--------|--------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE



CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

| | | |
|--------------------------------------|-----------|-----------|
| ICTUS | SI | NO |
| CONFUSIONE E DISORIENTAMENTO | SI | NO |
| AGITAZIONE PSICOMOTORIA | SI | NO |
| DEMENTIA | SI | NO |
| ALTRO:..... | SI | NO |
| ALTRO:..... | SI | NO |
| ALTRO:..... | SI | NO |
| CONSAPEVOLE DEL PROPRIO STATO | SI | NO |
| VOLONTA' DI MIGLIORARE | SI | NO |
| ANGOSCIATO | SI | NO |
| SERENO | SI | NO |
| CONDIZIONI FISICHE | | |
| INCONTINENZA URINARIA | SI | NO |
| INCONTINENZA FECALE | SI | NO |
| ULCERE DA DECUBITO | SI | NO |
| PORTATORE PANNOLONE/CATETERE | SI | NO |
| DEAMBULAZIONE AUTONOMA | SI | NO |
| LOCALIZZAZIONE ULCERE: | | |
| | | |

| | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| MALATTIE CARDIOVASCOLARI | SI | NO |
| MALATTIE RESPIRATORIE | SI | NO |
| MALATTIE OSTEOARTICOLARI | SI | NO |
| MALATTIE NEUROLOGICHE | SI | NO |
| MUTISMO | SI | NO |
| TRAUMI E FRATTURE | SI | NO |
| CECITA' | SI | NO |
| SORDITA' | SI | NO |

Certifico inoltre che presenta/non presenta malattie infettive contagiose e che può vivere in comunità (allegare il risultato dei seguenti esami: HbsAg, HCV, gpt, got, ggt, VDRL, coprocultura, es parassitologico feci)

Il Medico Curante (Firma e timbro)

—

_____, li, _____