

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

### GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

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

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

in qualità di  AdS  Tutore  Altro, specificare \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Altri familiari e persone di riferimento:

| Cognome e nome | Grado di parentela | Recapito telefonico |
|----------------|--------------------|---------------------|
| 1)             |                    |                     |
| 2)             |                    |                     |

### PER IL SIG./LA SIG.RA

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

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_ Genere:  M  F

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Assistito \_\_\_\_\_ Codice Esenzione \_\_\_\_\_

Medico curante (Nome e recapito telefonico) \_\_\_\_\_

|   |
|---|
| Residente in _____ CAP _____                |
| Via / Corso _____ Recapito telefonico _____ |

Domicilio se diverso dalla residenza: \_\_\_\_\_

ATS di appartenenza \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno  sì  no Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

*Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)*

Firma della persona o del richiedente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee</p> <p><input type="checkbox"/> Vive solo/sola</p> <p><input type="checkbox"/> Perdita autonomia</p> <p><input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso</p> <p><input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue</p> <p><input type="checkbox"/> Rischio permanenza al domicilio</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)</p> <p>_____</p>  | <p><b>PROVENIENZA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Domicilio</p> <p><input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale)</p> <p><input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica</p> <p><input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione</p> <p><input type="checkbox"/> Altra RSA</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>_____</p>  |
| <p><b>TIPOLOGIA DI RICOVERO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tempo determinato</p> <p><input type="checkbox"/> Lungodegenza</p> <p>Nucleo Alzheimer    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>  | <p><b>CONVENZIONE</b></p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente:</p> <p>_____</p>  |
| <p><b>CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO, motivazione: _____</p> <p>note: _____</p>  |  |
| <p><b>SITUAZIONE ABITATIVA</b></p> <p>Con chi vive:</p> <p><input type="checkbox"/> Solo</p> <p><input type="checkbox"/> Coniuge</p> <p><input type="checkbox"/> Figli</p> <p><input type="checkbox"/> Altri parenti: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Assistente familiare (ore/die)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>Dove vive:</p> <p><input type="checkbox"/> Abitazione adeguata</p> <p><input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente adeguata</p> <p><input type="checkbox"/> Abitazione totalmente inadeguata</p> <p>Perché _____</p> <p><input type="checkbox"/> Casa di proprietà</p> <p><input type="checkbox"/> Affitto</p> <p><input type="checkbox"/> Casa ALER</p> <p><input type="checkbox"/> Usufrutto</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> | <p><b>TUTELA</b></p> <p><input type="checkbox"/> NO    <input type="checkbox"/> SI:</p> <p><input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno / Tutela</p> <p><input type="checkbox"/> In corso</p> <p><input type="checkbox"/> Numero decreto: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Qualifica:</p> <p><input type="checkbox"/> Familiare: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Recapiti:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

 SI

 NO

### SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a  
 Divorziato/a  
 Celibe/nubile  
 Separato/a  
 Vedovo/a  
 Altro: \_\_\_\_\_
- Fratelli (N:     )  
 Sorelle (N:     )
- Figli (N:     )  
 Figlie (N:     )

### SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione  
 Anzianità/vecchiaia  
 Minima/sociale  
 Guerra/infortunio sul lavoro, etc  
 Reversibilità
- In attesa di invalidità civile  
 Invalidità  
 ⌘ Codice: \_\_\_\_\_  
 ⌘ Percentuale: \_\_\_\_\_ %  
 ⌘ Indennità accompagnamento  
 sì  no  In attesa

### LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità  
 Licenza elementare  
 Diploma medie inferiori  
 Diploma medie superiore in \_\_\_\_\_  
 Laurea in \_\_\_\_\_  
 Altro: \_\_\_\_\_
- Professione pre pensionamento \_\_\_\_\_  
 Interessi / hobby \_\_\_\_\_

### RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi:  NO  SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) \_\_\_\_\_  
 CDI (Centro Diurno Integrato) \_\_\_\_\_  
 Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) \_\_\_\_\_

Servizi / interventi Sociali attivi:  NO  SI (specificare):

- SAD Comunale  
 Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto \_\_\_\_\_  
 Associazioni di volontariato \_\_\_\_\_  
 Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

|  |
|--|
| COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA  |
| <input type="checkbox"/> Direttamente<br><input type="checkbox"/> Servizio Sociale di: <input type="checkbox"/> Centri Sociali Territoriali <input type="checkbox"/> Ospedale<br><input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante)<br><input type="checkbox"/> Medico specialista _____<br><input type="checkbox"/> Passaparola<br><input type="checkbox"/> Pubblicità<br><input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni<br><input type="checkbox"/> Internet<br><input type="checkbox"/> Associazioni _____ |

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:**

- ⌘ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ⌘ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ⌘ TESSERA SANITARIA
- ⌘ EVENTUALI ESENZIONI
- ⌘ VERBALE INVALIDITÀ
- ⌘ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ⌘ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

**EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI**

---

---

---

---

Al sensi del D.Lgs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

---

|   |
|---|
| <b>NOTE:</b><br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
|---|

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Cognome e Nome .....

Data di nascita ...../...../..... luogo di nascita .....

**QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI**

| INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)  | DIAGNOSI       | ASSENTE                  | LIEVE                    | MODERATO                 | GRAVE                    | MOLTO GRAVE              |
|---|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Patologie Cardiache (solo cuore)</b><br>Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI     | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Iperensione</b><br>(si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)                     | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato vascolare</b><br>(sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)  | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato respiratorio</b><br>(polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)  | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Occhi / O.R.L.</b><br>(occhio, orecchio, naso, gola, laringe)  | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato digerente tratto superiore</b><br>(esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)                     | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato digerente tratto inferiore</b><br>(intestino, ernie)  | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Fegato</b><br>(solo fegato)  | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Rene</b><br>(solo rene)  | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie</b> (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato Muscolo-Scheletro e Cute</b><br>(muscoli, scheletro, tegumenti)   | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Patologie sistema nervoso</b><br>(sistema nervoso centrale e periferico; <i>non include la demenza</i> )             | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Patologie sistema Endocrino-Metabolico</b> (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)                        | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Stato mentale e comportamentale</b><br>( <i>include demenza</i> , depressione, ansia, agitazione, psicosi)           | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

.....

ALLERGIE NON NOTE NO SI, DI CHE TIPO: .....

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

.....

**ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI**

|   |   |
|---|---|
| Autonomia nel movimento<br>(è possibile barrare più caselle)              | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza<br><input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento<br><input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione<br><input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto<br><input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore<br><input type="checkbox"/> immobilità a letto |
| Utilizzo ausili per la deambulazione<br>(è possibile barrare più caselle) | <input type="checkbox"/> bastone<br><input type="checkbox"/> carrozzina<br><input type="checkbox"/> deambulatore / girello<br><input type="checkbox"/> altro.....   |
| Autonomia igiene e cura personale   | <input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza<br><input type="checkbox"/> aiuto parziale<br><input type="checkbox"/> aiuto totale   |
| Autonomia nell'uso dei servizi igienici                                   | <input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza<br><input type="checkbox"/> aiuto parziale<br><input type="checkbox"/> aiuto totale   |
| Incontinenza urinaria   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |
| Catetere vescicale  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Data ultimo posizionamento: ...../ ..... / 20.....   |
| Presidi assorbenti  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |
| Nefro /urostomia  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |
| Incontinenza fecale   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....   |
| Ossigenoterapia   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua   |
| Tracheostomia   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)   |
| Ventilazione  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva  |
| Catetere venoso centrale (CVC)  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....  |
| Lesioni da pressione  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV<br>Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV   |
| Altre lesioni cutanee<br>(includere ferite chirurgiche)                   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....  |
| Cadute ricorrenti<br>(anche senza conseguenze traumatiche)                | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Numero cadute nell'anno: .....   |

## SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

### DEFICIT SENSORIALI

|           |   |                      |   |
|-----------|---|----------------------|---|
| Ipoacusia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Cecità assoluta      | <input type="checkbox"/> SI                             |
| Ipoacusia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Corretta con protesi | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
|           |   | Sordità assoluta     | <input type="checkbox"/> SI                             |

### DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Stato di coscienza alterato                            | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | soporoso  | <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)  |
| Deficit di memoria                                     | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Disorientamento   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale |
| Disturbi del linguaggio e della comunicazione          | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | di che tipo: .....  |   |
| Crisi d'ansia / attacchi di panico<br>frequenza _____  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Deflessione del tono dell'umore                                     | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |
| Deliri   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Allucinazioni   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |
| Aggressività   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale    |   |
| Disturbi del sonno                                     | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia              |   |
| Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento      | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Tentativi di allontanamento<br>inconsapevole/tentativo fuga         | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |
| Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | di che tipo: .....  |   |
| Etilismo/potus   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso |   |
| Abuso/dipendenza da sostanze:                          | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso |   |
|  |   | Di che tipo: .....  |   |
| Dipendenza gioco                                       | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si | di che tipo: .....  |   |
| Tentato suicidio                                       | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | indicare la data: ...../...../.....                                 |   |
| In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici      | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | .....   |   |
| Eventuali note e osservazioni: .....                   |   |   |   |

### PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

|                              |   |  |   |
|------------------------------|---|--|---|
| Autonomia nell'alimentazione | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza       | <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) |   |
|                              |   | <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento                 |   |
| Edentulia                    | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Protesi:   | <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore |
|                              |   | Scheletrato:   | <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore |
| Rifiuto del cibo             | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |  |   |
| Disfagia                     | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Cibi frullati o omogeneizzati  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI               |
|                              |   | Addensanti   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI               |

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

|   |  |
|---|--|
| Dieta specifica <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....   |  |
| Alimentazione enterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG | Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale |
| Peso corporeo: ..... kg   | Altezza: ..... cm  |
| Intolleranze <input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....                |  |

**TERAPIA**

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

| Farmaco/Principio attivo | Posologia |
|--------------------------|-----------|
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |

**ALTRI TRATTAMENTI:**

|   |            |
|---|------------|
| Emotrasfusione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI  | Tipo _____ |
| Dialisi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale |            |
| Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) .....  |            |

**EVENTUALE APPROFONDIMENTO:**

.....

.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ..... / ..... / 20....

|  |   |
|--|---|
| Nome e Cognome medico curante:<br>.....<br>Recapito<br>.....<br>.....<br>tel.diretto.....<br>fax .....<br>e-mail diretta:<br>.....@..... | Timbro e firma del medico curante<br><br><br><br> |
|--|---|

Data di compilazione: ..... / ..... / 20.....