



SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

Cliente Sig./ra : _____ nat__ a _____ / _____

il _____ residente a _____ / _____

in Via _____ n° _____ Tel. : _____

Sesso [M] - [F]; Età _____ ; Peso corporeo kg _____

Professione esercitata : _____

Referenti familiari

Sig. _____ avente il seguente rapporto di parentela:

_____ residente a _____ in Via _____

n. _____ Tel. _____ Cell. _____,

e-mail _____;

Sig. _____ avente il seguente rapporto di parentela:

_____ residente a _____ in Via _____

n. _____ Tel. _____ Cell. _____,

e-mail _____;

DIAGNOSI CLINICA:

ALLERGIE NOTE :

Precedenti gastrointestinali :

Precedenti cerebro - vascolari :

Precedenti cardio - vascolari:

Precedenti polmonari :

Precedenti psichiatrici :

Precedenti genito - urinari :

Precedenti etilici :

Ipertensione :

Diabete tipo :

Gotta :

Condizioni morbose concomitanti attuali :

SE PRESENTI :

- | | |
|---|-----------------|
| - Entità del deficit motorio | Emiplegia |
| | Emiparesi |
| può mantenere la stazione eretta autonomamente | [si] - [no] |
| può camminare con appoggio | [si] - [no] |
| può camminare senza appoggio | [si] - [no] |
| - Presenza di disturbi della sensibilità | [si] - [no] |
| - Presenza di disturbi del tono muscolare | [si] - [no] |
| - Presenza di disturbi sfinterali | [si] - [no] |
| - Presenza di disturbi articolari | [si] - [no] |
| - Presenza di disturbi dello stato di coscienza | [si] - [no] |
| - Presenza di disturbi del linguaggio | [si] - [no] |
| - Presenza di disturbi della deglutizione | [si] - [no] |

DECUBITI [SI] - [NO]

Sede di estensione (Se SI) :

CENNI SU PRECEDENTI ed ATTUALI TRATTAMENTI (FARMACOLOGICI e FISIOTERAPICI)

Farmaco	ora	ora	ora
---------	-----	-----	-----

n.b.: IL PAZIENTE IN OGGETTO NON PRESENTA MALATTIE CONTAGIOSE o DIFFUSIBILI E PUO' ESSERE AMMESSO ALLA VITA COMUNITARIA.

Il Medico curante

Firma : _____

Timbro :

Telefono : _____

Il Medico è personalmente responsabile di tutte le notizie sopra riportate..