



Contiene dati sensibili sanitari: riservato al solo personale autorizzato alla trattazione degli stessi ai sensi del DLgs n. 196/2003.

(da trasmettere, a cura della famiglia, alla Cooperativa incaricata del soggiorno, entro quindici giorni prima dell'inizio del soggiorno)

**CERTIFICAZIONE SANITARIA FISDE (agg.to mese/anno...../.....)**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ data di nascita : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo (Via, cap, città: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale : \_\_\_\_\_

Familiari di riferimento: \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Medico di famiglia e recapito telefonico : \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

Eventuali disturbi comportamentali da segnalare :

\_\_\_\_\_

Malattie e interventi significativi riferiti all'ultimo anno:

\_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno : \_\_\_\_\_

Peso corporeo : \_\_\_\_\_

Altezza : \_\_\_\_\_

Ausili e protesi in uso:

deambulatore       carrozzina       materasso cuscino antidecubito

presidio per incontinenza       ausili di contenimento/sollevamento

letto ortopedico       protesi (specificare) \_\_\_\_\_

altro (specificare) \_\_\_\_\_

Terapie in atto (farmaci e posologia) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Terapie al bisogno (farmaci e posologia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergie : \_\_\_\_\_

Intolleranze alimentari: \_\_\_\_\_

Particolari prescrizioni dietetiche: \_\_\_\_\_

Eventuali controindicazioni ad attività motorie: SI  NO

Informazioni eventuali (esempio creme per esposizione al sole)

\_\_\_\_\_

Il Sig. .... per le patologie/disturbi indicati è in uno stato di non autosufficienza per quanto attiene le attività della vita autonoma e/o di relazione. Lo stesso può partecipare al soggiorno FISDE purchè assistito da personale addetto all'assistenza.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico curante

\_\_\_\_\_