

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN CDI

SEZ. 1

DATI ANAGRAFICI

COGNOME E NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ (PROV. _____) DATA _____ M F

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ (PROV. _____) IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO/CELL. _____ E - MAIL _____

DOMICILIO IN _____ (_____)
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA _____ N° _____ TELEFONO/CELL. _____

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

COGNOME E NOME TELEFONO

CITTA' VIA/PIAZZA N° CIVICO

ATTO N° DEL TRIBUNALE DI

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME DATA DI NASCITA

RESIDENTE A PROV. IN VIA/PIAZZA N.

GRADO DI PARENTELA E-MAIL

TELEFONO/CELL. ALTRI RECAPITI TELEFONICI

URGENZA DELLA DOMANDA:

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ESTREMA | <input type="checkbox"/> ORDINARIA | <input type="checkbox"/> INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA A SCOPO PREVENTIVO |
|----------------------------------|------------------------------------|---|

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> STATO DI SALUTE | <input type="checkbox"/> SOLITUDINE |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMI FAMILIARI | <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare):..... |
| <input type="checkbox"/> CONDIZIONI ABITATIVE | <input type="checkbox"/> ALLOGGIO NON ADEGUATO |
| <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA | <input type="checkbox"/> EVENTUALE SFRATTO |

SEZ. 2***DATI PERSONALI*****SCOLARITÀ:**

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ELEMENTARI | <input type="checkbox"/> SUPERIORI | <input type="checkbox"/> ALTRO |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

ATTIVITÀ LAVORATIVA:

.....

IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> CONSENZIENTE | <input type="checkbox"/> INDIFFERENTE | <input type="checkbox"/> NON IN GRADO DI DECIDERE |
| <input type="checkbox"/> CONTRARIO | <input type="checkbox"/> NON INFORMATO | |

LA RICHIESTA È PER UN RICOVERO:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TEMPORANEO | <input type="checkbox"/> DEFINITIVO |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

STATO CIVILE:

- CELIBE / NUBILE
- CONIUGATO / A
- SEPARATO / A
- DIVORZIATO / A
- VEDOVO / A

PENSIONE TIPO :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANZIANITA' -VECCHIAIA | <input type="checkbox"/> REVERSIBILITÀ | <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ SOCIALE |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (indicare il tipo) | | <input type="checkbox"/> NESSUNA PENSIONE |

INVALIDITÀ CIVILE:

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> IN CORSO | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA, AL _____ % | <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |
|-----------------------------------|---|---|

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | <input type="checkbox"/> CIECO ASSOLUTO |
| <input type="checkbox"/> IN ATTESA | | <input type="checkbox"/> CIECO CON RESIDUO VISIVO |
| <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA | | <input type="checkbox"/> INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO |
| | | <input type="checkbox"/> SORDOMUTO |

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

- IN CORSO SI NO DOMANDA NON PRESENTATA

SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AL PROPRIO DOMICILIO | <input type="checkbox"/> PRESSO PROPRI FAMILIARI |
| <input type="checkbox"/> IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....
.....
REPARTO..... | <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)
.....
REPARTO |
| <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)
..... | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |

SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:

- DI PROPRIETÀ IN AFFITTO

SITUAZIONE FAMILIARE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |
| <input type="checkbox"/> NON VIVE SOLO | |
| <input type="checkbox"/> CONIUGE | |
| <input type="checkbox"/> FIGLIO/A | |
| <input type="checkbox"/> BADANTE | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO | |

IL CONVIVENTE È:

- AUTOSUFFICIENTE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
<input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE <input type="checkbox"/> PULIZIA CASA <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA <input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA <input type="checkbox"/> PASTO CALDO <input type="checkbox"/> TELESOCCORSO <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____	<input type="checkbox"/> M.M.G. <input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE <input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____

ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

- CENTRO PSICOSOCIALE CENTRO DIURNO ANZIANI CENTRO DIURNO INTEGRATO

USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:

- CARROZZINA MATERASSO ANTIDECUBITO SOLLEVATORE
 ALTRO (specificare).....

SEZ. 4 ADEMPIMENTI PRIVACY

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003 / Regolamento Europeo Privacy EU/2016/679

Gentile Signore/a,

Gli articoli 12, 13 e 14 del Regolamento Europeo Privacy EU/2016/679 impongono al titolare del trattamento di fornire all'interessato, mediante la predisposizione di una idonea informativa privacy, tutte le informazioni necessarie a fargli comprendere come saranno trattati i suoi dati personali.

Il titolare del trattamento deve fornire l'informativa privacy all'interessato, per iscritto o con altri mezzi anche elettronici, quali la pubblicazione dell'informativa privacy sul sito web aziendale.

Solo qualora venga espressamente richiesto dall'interessato, il titolare del trattamento è esonerato dal rendere l'informativa privacy per iscritto e può fornire l'informativa privacy oralmente, previa verifica ed accertamento della reale identità dell'interessato.

Qualora i dati personali vengano raccolti presso l'interessato, l'articolo 13 del Regolamento Europeo Privacy impone al titolare del trattamento di fornire all'interessato, prima dell'inizio del trattamento, le seguenti informazioni tramite l'informativa privacy:

- Finalità, motivazioni giuridiche e modalità del trattamento***
 Assistenza socio-sanitaria per poter accettare la presente domanda di ricovero e dar corso all'ammissione presso nostro CDI è necessario che i soggetti gestori del CDI per le quali è presentata la domanda conoscano i dati personali del richiedente l'ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.
 I dati personali e relativi allo stato di salute forniti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti al procedimento di inserimento in CDI formeranno oggetto di trattamento (cartacea e informatizzata, con prevalenza della seconda).
- Legittimi interessi perseguiti dal titolare del trattamento o da terzi***
 Il Titolare, il Responsabile e i suoi incaricati svolgono legittimamente l'attività per la quale sono autorizzati, ovvero CDI (Centro Diurno Integrato) e all'assolvimento del debito informativo dovuto alla Regione Lombardia ed all'ATS competente.
- Destinatari o categorie di destinatari ai quali i dati personali possono essere comunicati***
 I suoi dati personali possono essere comunicati all'interno dell'Ente agli incaricati. All'esterno i dati vengono comunicati agli organi di controllo (ATS e Regione Lombardia).
- Eventuale trasferimento dei dati personali a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale con indicazione delle eventuali garanzie privacy***
 Questa modalità non è attuata.
- Periodo di conservazione dei dati personali o criteri utilizzati per determinare tale periodo***
 La conservazione dei dati sanitari è sottoposta alle leggi dello Stato in materia. Allo stato attuale la conservazione è illimitata.

I dati di diversa natura, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati.

- **Diritti:** art. 15 (Diritto di accesso dell'interessato), art. 16 (Diritto di rettifica), art. 17 (Diritto alla cancellazione/oblio), art. 18 (Diritto di limitazione di trattamento), art. 20 (Diritto alla portabilità dei dati), art. 21 (diritto di opposizione) e art. 23 (Limitazione) del Reg. 2016/679.

L'interessato può accedere in qualsiasi momento ai suoi dati, chiederne la rettifica qualora non corretti, richiedere la cancellazione di dati sovrabbondanti ma non di quelli richiesti per Legge al Titolare, può limitare l'accesso dei dati ad alcune figure se questo non ha ricadute sulle sue cure, non può opporsi al trattamento perché i dati sanitari acquisiti hanno conservazione illimitata. La portabilità dei dati non è possibile per lo stesso motivo. L'interessato può invece richiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.

- **Esistenza del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento**

L'interessato può revocare il consenso in qualsiasi momento, assumendosene le ricadute, fermo restando l'obbligo per il Titolare di continuare a detenere illimitatamente i dati sanitari a norma di Legge, anche per futuri controlli degli organi preposti. A tal fine i documenti informatizzati originali e firmati digitalmente sono archiviati a norma di legge presso azienda terza che procede all'archiviazione sostitutiva, disponibile anche ai fini legali.

- **Diritto di poter proporre reclamo a un'autorità di controllo privacy**

- **Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento**

Il conferimento dei dati è obbligatorio **(in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione in CDI non può essere accolta).**

Nel caso l'ospite abbia perso:

- la capacità di manifestare una scelta;
- la capacità di comprendere le informazioni relative al consenso;
- la capacità di dare un giusto peso alla situazione e alle sue possibili conseguenze;
- la capacità di utilizzare razionalmente le informazioni

il consenso sarà firmato dal parente/tutore/ADS.

- **Estremi identificativi del Titolare del Trattamento/Responsabile:**

Rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile Via M. D'Azeglio, 70 - 20833 Giuszano (MB) - Tel.(0362)354336- Fax(0362)354376 mail: info@residenzaamica.com

Dichiarazione di consenso

Il sottoscritto _____, in relazione alla presente domanda di ammissione in CDI e presa visione dell'informativa all'utenza sopra esposta, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi allo stato di salute relativi al richiedente il ricovero, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

Data.....

In fede _____

La Richiesta viene inoltrata:

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO | <input type="checkbox"/> ALTRO |
| <input type="checkbox"/> DA UN PARENTE
(specificare)..... | (specificare)..... |

(NOME E COGNOME) _____ tel. _____

Firma dell' interessato o del richiedente _____

Data _____

Si allega :

- copia carta d'identità dell'interessato
 - copia tessera sanitaria dell'interessato
-
-

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA CDI del territorio dell'Agenda della Salute (ATS) della Brianza. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	Assente	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	Lieve	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	Moderato	La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona.
4	Grave	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	Molto grave	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- **Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari
- **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE
PER L'INGRESSO IN CDI

Sig./ra _____

Data di nascita _____ Tessera sanitaria _____ Data compilazione _____

Esenzione _____

Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ

	1	2	3	4	5	Data insorgenza
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	
Patologie cardiache Specificare: _____ _____						
Iipertensione arteriosa Specificare: _____ _____						
Patologie vascolari Specificare _____ _____						
Patologie respiratorie Specificare _____ _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____ _____						
Patologie epatiche Specificare _____ _____						
Patologie renali Specificare _____ _____						
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____ _____						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____ _____						
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze) Specificare _____						

Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici) Specificare						

Patologie psichiatrico-comportamentali(incluse le demenze) Specificare						

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NESSUNO | <input type="checkbox"/> DISFAGIA |
| <input type="checkbox"/> STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE | <input type="checkbox"/> DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA |
| <input type="checkbox"/> OBESITÀ | <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE: |
| <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE | ○ SONDINO NASO - GASTRICO |
| <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO | ○ GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA |
| <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE | <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE |
| <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA CON AIUTO | |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE | |

Diabete mellito

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TRATTATO CON LA SOLA DIETA | <input type="checkbox"/> INSULINOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> FARMACI ANTIDIABETICI ORALI | |

Lesioni cutanee

- | | | |
|--|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> LESIONI DA DECUBITO | SEDE: _____ | STADIO _____ |
| <input type="checkbox"/> LESIONI VASCOLARI | SEDE: _____ | STADIO _____ |

Coma o stato vegetativo

Sclerosi Laterale Amiotrofica

Linguaggio

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> NORMALE | |
| <input type="checkbox"/> DISARTRIA | |
| <input type="checkbox"/> AFASIA | <input type="checkbox"/> ESPRESSIVA |
| | <input type="checkbox"/> DI COMPrensIONE |
| | <input type="checkbox"/> GLOBALE |

Vista ed udito

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> VEDE E SENTE BENE |
| <input type="checkbox"/> NON VEDE |
| <input type="checkbox"/> NON SENTE |
| <input type="checkbox"/> DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO |

Igiene

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> SI LAVA AUTONOMAMENTE |
| <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE |

Capacità di vestirsi / svestirsi

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE |
| <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE |

Mobilità

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> SI MUOVE AUTONOMAMENTE |
| <input type="checkbox"/> SI MUOVE CON DEAMBULATORE |
| <input type="checkbox"/> IN CARROZZINA |
| <input type="checkbox"/> ALLETTATO |

Cadute negli ultimi 3 mesi

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> NESSUNA |
| <input type="checkbox"/> 1 – 3 VOLTE |
| <input type="checkbox"/> PIÙ DI TRE VOLTE |

Terapia riabilitativa in corso

Assistenza respiratoria

- NESSUNA
- POST-ACUTA
- DI MANTENIMENTO

- OSSIGENO OCCASIONALMENTE
- OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO
- OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO
- TRACHEOTOMIA
- VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA
- VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

Minzione e Evacuazione

- UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA
- CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA
- CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA
- URETEROCUTANEOSTOMIA
- NEFROSTOMIA
- STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI)
- ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA

Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore

- NESSUNO
- PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI
- PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA
- DISORIENTAMENTO NEL TEMPO
- DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO
- COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO
- PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPrensIONE
- FACILE IRRITABILITÀ
- CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO
- URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI
- DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA)
- DISFORIA/EUFORIA E/O COMPORTAMENTI DISINIBITI
- DELIRI E ALLUCINAZIONI
- STATO ANSIOSO
- TONO DELL'UMORE DEFLESSO
- APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI
- TENTATI SUICIDI
- ETILISMO ATTUALE
- ETILISMO PREGRESSO
- AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/O VERSO ALTRI
- NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/CONTENZIONE
- NEGLI ULTIMI 6 MESI, ABBANDONO DEL DOMICILIO/STRUTTURA DI RICOVERO, SENZA CAPACITÀ DI FARVI RITORNO
- ALTRO

Terapia dialitica

- DIALISI PERITONEALE
- DIALISI EXTRACORPOREA

Radioterapia

Chemioterapia

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____

Allergie a farmaci

- NO
- SI quali? _____

Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità? SI NO

Eventuali note: _____

Timbro e firma del Medico

Telefono
