

ANAMNESI - INFORMAZIONI SULLA SALUTE*Data,* _____

Cognome e Nome

Gruppo Sanguigno

Luogo e data di nascita

Codice Esenzione

TIPOLOGIA DELLA DISABILITA'

DESCRIZIONE

TERAPIA MEDICA

Farmaco

Dosaggio

Orario

•

•

•

•

•

•

NOTE

MEDICINALI CHE DI SOLITO ASSUME AL BISOGNO

Sintomi

Farmaco

Dosaggio

• Mal di pancia

• Dolori mestruali

• Mal di testa

• Febbre oltre 37.5 gradi

• Dolori articolari

• Diarrea

• Nausea e vomito

• Stitichezza

•

•

NOTE

INTOLLERANZA A FARMACI**INTOLLERANZE ALIMENTARI**

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

NOTE

Segue retro

INFORMAZIONI UTILI

Cognome e Nome

Indirizzo

MEDICI DA CUI E' SEGUITO

Specialista	Cognome e Nome	Telefono
Medico di famiglia		
Altro Specialista		

RIFERIMENTI TELEFONICI

Parentela	Cognome e Nome	Telefono
Padre/Madre		
Sorella/Fratello		
Zia/Zio		
Tutore		
Curatore		
Amministratore sostegno		
Altra figura		

NOTIZIE

Sa comunicare con gli altri?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Poco
Come si fa capire?	<input type="checkbox"/> A parole	<input type="checkbox"/> A gesti	<input type="checkbox"/> Per niente
Comportamenti da evitare	Alzare la voce - Toccarlo se non vuole - Incitarlo a fare qualcosa se non vuole		
Comportamenti da tenere	Parlare con calma - Farsi vedere sorridente - Spiegare cosa deve essergli fatto		
Si sa gestire da solo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Poco
Si alimenta da solo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Poco
E' autonomo in bagno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Poco
Può essere lasciato solo, anche se per poco tempo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

NOTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA: Io sottoscritto/a (dati anagrafici) _____

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro quanto precede ai sensi dell'art. 47 del DPR

445/2000 e s.m.i. (allegare documento di riconoscimento)

Firma del dichiarante _____

Il dichiarante può essere l'interessato, se ne ha le capacità, il legale rappresentante (genitori per i minori, tutore per l'interdetto), l'amministratore di sostegno se ciò è previsto nell'atto di nomina. L'inabilitazione non incide sulla capacità generale. Non rileva dunque nel caso in oggetto.

Scheda a cura di **ASDI** (Assistenza Sanitaria Disabilità Intellettiva)

N. Verde **800729729** www.assistenzasanitariadisabili.it info@assistenzasanitariadisabili.it