

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.**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/cell

Citta' Via/piazza n.

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:

- ESTREMA
 ORDINARIA
 INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA A SCOPO PREVENTIVO

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

- STATO DI SALUTE
 SOLITUDINE
 PROBLEMI FAMILIARI
 ALTRO (specificare): _____
 CONDIZIONI ABITATIVE
 ALLOGGIO NON ADEGUATO
 TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA
 EVENTUALE SFRATTO

SEZ. 2 DATI PERSONALI**SCOLARITA':**

- ELEMENTARI
 SUPERIORI
 ALTRO _____

ATTIVITA' LAVORATIVA:

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

- CONSENZIENTE
 INDIFFERENTE
 NON IN GRADO DI DECIDERE
 CONTRARIO
 NON INFORMATO

LA RICHIESTA E' PER UN RICOVERO:

- TEMPORANEO
 DEFINITIVO

STATO CIVILE:

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

PENSIONE TIPO

- ANZIANITA' -VECCHIAIA
 REVERSIBILITA'
 ALTRO (indicare il tipo) _____
 INVALIDITA' SOCIALE

INVALIDITÀ CIVILE:

- IN CORSO
 RICONOSCIUTA AL _____ %
 DOMANDA NON PRESENTATA
 AUTOSUFFICIENTE
 PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE
 NON AUTOSUFFICIENTE

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:

- NON RICONOSCIUTA RICONOSCIUTA: (indicare il tipo)
 - CIECO ASSOLUTO
 - CIECO CON RESIDUO VISIVO
 - INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO
 - SORDOMUTO
- IN ATTESA
 DOMANDA NON PRESENTATA

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:**

- AL PROPRIO DOMICILIO PRESSO PROPRI FAMILIARI
 IN OSPEDALE (INDICARE QUALE) IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)
- _____ _____
 REPARTO REPARTO
 _____ _____
- IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE) DA QUANTO TEMPO _____

SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:

- DI PROPRIETA' IN AFFITTO

SITUAZIONE FAMILIARE:

- VIVE SOLO DA QUANTO TEMPO _____
 NON VIVE SOLO
- CONIUGE
 FIGLIO/A
 BADANTE
 ALTRO _____

IL CONIUGE/CONVIVENTE E':

- 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"/> M.M.G.
<input type="checkbox"/> PULIZIA CASA	<input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE
<input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA	<input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE
<input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____
<input type="checkbox"/> PASTO CALDO	
<input type="checkbox"/> TELESOCORSO	
<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 *Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003*

Gentile Signore/a,

il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Desideriamo quindi informarla che ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.Lgs. 196/03), per poter accettare la presente domanda di ricovero e dar corso all'ammissione presso una R.S.A. è necessario che i soggetti gestori delle R.S.A. 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 o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento in R.S.A. formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza in R.S.A. non può prescindere dall'acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l'ammissione ritenuti utili.

Pertanto, in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione in R.S.A. non può essere accolta.

I dati acquisiti saranno comunicati all'ATS della Brianza e alla Regione Lombardia per l'assolvimento del debito informativo prescritto dalla normativa regionale.

Si precisa che Titolare del trattamento è Il Legale Rappresentante della RSA.

Si ricorda inoltre che Lei potrà in qualunque momento far valere diritti previsti dall'art. 7 d. lgs.196/2003.

D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali - Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a

conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:
- l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
- per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Dichiarazione di consenso

Il sottoscritto _____, in relazione alla presente domanda di ammissione in R.S.A., 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:

- DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO
- DA UN PARENTE _____ ALTRO _____
(specificare) _____ (specificare) _____

NOME E COGNOME _____ Tel. _____

Il sottoscritto _____ dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato e che, al fine di adempiere a tutte le procedure d'ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna altresì a comunicare alle RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, ecc).

Firma dell'interessato o del richiedente _____

Data _____

Si allega:

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

Parte riservata alla struttura

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell'Agenzia 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.

Responsabile UOC Accesso ai Servizi e
Continuità Assistenziale

Dr. Andrea De Vitis

Direttore. Dipartimento PIPSS
(Programmazione per Integrazione delle
Prestazione Sociosanitarie con quelle Sociali)

Dr. Maurizio Resentini

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

Sig./Sig.ra _____

Data di nascita _____

Tessera sanitaria _____

Data compilazione _____

Esenzione _____

Sez. 1 **PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITA'**

	1	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	Data insorgenza
Patologie cardiache Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie vascolari Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie respiratorie Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato gastroenterico superiore Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato gastroenterico inferiore Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie epatiche Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie renali Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre patologie genito - urinarie Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema muscolo - scheletrico e Cute Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze) Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici) Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze) Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 | <input type="checkbox"/> SONDINO NASO - GASTRICO |
| <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO | <input type="checkbox"/> 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	Cadute negli ultimi 3 mesi
<input type="checkbox"/> SI MUOVE AUTONOMAMENTE	<input type="checkbox"/> NESSUNA
<input type="checkbox"/> SI MUOVE CON DEAMBULATORE	<input type="checkbox"/> 1 - 3 VOLTE
<input type="checkbox"/> IN CARROZZINA	<input type="checkbox"/> PIÙ DI TRE VOLTE
<input type="checkbox"/> ALLETTATO	

Terapia riabilitativa in corso	Assistenza respiratoria
<input type="checkbox"/> NESSUNA	<input type="checkbox"/> OSSIGENO OCCASIONALMENTE
<input type="checkbox"/> POST ACUTA	<input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO
<input type="checkbox"/> DI MANTENIMENTO	<input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO
	<input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIA
	<input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA
	<input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

Minzione e Evacuazione	
<input type="checkbox"/> UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA	<input type="checkbox"/> NEFROSTOMIA
<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA	<input type="checkbox"/> STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI)
<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA	<input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA
<input type="checkbox"/> URETEROCUTANEOSTOMIA	

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

Terapia dialitica	
<input type="checkbox"/> DIALISI PERITONEALE	<input type="checkbox"/> DIALISI EXTRACORPOREA

<input type="checkbox"/> Radioterapia

<input type="checkbox"/> 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