

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