

APPARATO CARDIOVASCOLARE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ipertensione | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Sincopi | <input type="checkbox"/> Pace-maker |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia Ischemica | <input type="checkbox"/> Arteriopatia obliterante arti inferiori |
| Altro _____ | |

APPARATO BRONCOPOLMONARE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bpco/Asma | <input type="checkbox"/> O2 domiciliare |
| <input type="checkbox"/> Polmoniti pregresse | <input type="checkbox"/> Necessità di bronco aspirazione |
| <input type="checkbox"/> Embolie polmonari pregresse | <input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica non invasiva |
| Altro _____ | |

APPARATO GASTROINTESTINALE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ernia iatale/reflusso gastroesofageo | <input type="checkbox"/> Ano preternaturale |
| <input type="checkbox"/> Malattia peptica/ ulcera gastrica – duodenale | <input type="checkbox"/> Diverticolosi |
| <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale | <input type="checkbox"/> Peg |
| | <input type="checkbox"/> Sondino NG |
| <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale | <input type="checkbox"/> Accesso periferico |
| | <input type="checkbox"/> Centrale |
| | <input type="checkbox"/> Epatopatia cronica/cirrosi |
| | <input type="checkbox"/> Litiasi biliare |
| | <input type="checkbox"/> Pancreatite cronica |
| Altro _____ | |

APPARATO GENITO-URINARIO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Insufficienza renale cronica | <input type="checkbox"/> Litiasi renale |
| <input type="checkbox"/> Iperplasia prostatica benigna | <input type="checkbox"/> Incontinenza |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia prostatica | <input type="checkbox"/> Portatore di catetere |
| Altro _____ | |

MALATTIE METABOLICHE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito | <input type="checkbox"/> Ipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Insulino dipendente | <input type="checkbox"/> Ipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Non insulino dipendente | |
| Altro _____ | |

APPARATO OSTEO ARTICOLARE

- Artrosi invalidante
 Osteoporosi

- Fratture pregresse
 Protesi

Altro _____

APPARATO NEUROLOGICO

- Tia
 Ictus
 Emiparesi destra Emiparesi sinistra
 Afasia
 Malattia Parkinson / Parkinsonismo

- Deficit cognitivi
 Demenza
 Depressione/distimia
 Ansia
 Psicosi

Altro _____

PATOLOGIA NEOPLASTICA

Tipo _____

Metastasi _____

Terapia del dolore _____

Altro _____

Il/La sottoscritto/a Dottor/Dott.ssa _____ in qualità di
medico di base del Sig./della Sig.ra _____

certifica

il/la Paziente non è affetto/a da malattie infettive e contagiose in atto e non presenta turbe psicofisiche che non consentono la vita in comunità.

luogo _____ data _____

Il Medico curante
(Timbro e firma)