

**OPERA PELLEGRINAGGI FOULARDS BIANCHI onlus**

**PELLEGRINAGGIO A LOURDES IN AEREO dal 1 al 5 AGOSTO 2015**

**SCHEDA MEDICA**

**da compilare per gli ammalati unitamente alla scheda di iscrizione al pellegrinaggio**

Cognome.....Nome.....

...

Nato/a .....Prov.....il .....

Residente .....Via.....N°.....

Recapito tel .....e-mail.....

Codice Fiscale .....Regione .....

A.S.L. N.....

Ai sensi della L.675/96 art.10.22 e leggi successive autorizzo l' utilizzo dei miei dati personali presenti nella scheda.

Autorizzo altresì i sanitari del pellegrinaggio alla pratica di tutti gli interventi medici che si rendessero necessari

*Data*

*Firma*

Si autorizza inoltre in caso di urgenza a rivolgersi alla persona di cui all'indirizzo sottoindicato, che sottoscrive per il consenso ai sensi della L.675/96 art.10 e 22.:

Nome.....Cognome.....

....

Indirizzo.....

.....Tel. io cell.....

*Data* .....

*Firma*

## Richiesta Notizie per presa in cura temporanea

(da compilarsi da parte del medico curante)

A) QUALI SONO LE PATOLOGIE DI CUI IL PAZIENTE E' AFFETTO ?

---

---

Segnalare anche eventuali pregresse crisi convulsive o psicotiche

\_\_\_\_\_ B) Lo stato attuale consente l' autosufficienza ?      SI      NO

In caso negativo :

B) Può badare alle sue necessità fisiologiche

\_\_\_\_\_

C) Usa particolari presidi ?

\_\_\_\_\_

D) Cammina? \_\_\_\_\_ Parla ?

\_\_\_\_\_

E) Ha bisogno di essere accompagnato \_\_\_\_\_ da un familiare ?

\_\_\_\_\_

F) Ha bisogno della carrozzina ? \_\_\_\_\_

G) Usa altri presidi ortopedici ? \_\_\_\_\_

H) Ha difficoltà con la vista ? \_\_\_\_\_

I) Peso \_\_\_\_\_ Statura \_\_\_\_\_

1- Può rimanere seduto per tutto il viaggio ?

J) Ha bisogno di assistenza o di presenza infermieristica continua ?

K) L' ammalato ha bisogno di una dieta speciale ?

Adotta menu per 1- Diabetici 2- Epatici 3- Senza sale 4- Senza sale e senza zucchero 5- Altro

Si alimenta con 6- pasto macinato 7- pasto frullato (cancellare la parte che non interessa)

L) Ha bisogno di cure particolari ?

.....  
Ha bisogno di rilievi periodici ? (esami di laboratorio, pressione .. etc)

Presenta allergie ? 1- a farmaci 2- ad Alimenti 3- a sostanze varie

M) Qual' è la terapia in atto ? (indicare farmaci, dosaggi ed orari )

---

---

---

### **IMPORTANTE :**

**L' ammalato va informato che dovrà portare con se farmaci e presidi di cui fa uso , in quantità adeguata per tutta la durata del pellegrinaggio**

**CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE SCHEDA DICHIARO CHE  
L'AMMALATO E' IDONEO AL VIAGGIO IN AEREO.**

Data \_\_\_\_\_ Il MEDICO CURANTE ( timbro e firma)

Indirizzo \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_