

OPERA PELLEGRINAGGI FOULARDS BIANCHI onlus

**PELLEGRINAGGIO A LOURDES IN AEREO
dal 31 LUGLIO al 4 AGOSTO 2017**

SCHEDA MEDICA

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

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

...

Nato/aProv.....il

ResidenteVia.....N°.....

Recapito tele-mail.....

Codice FiscaleRegione

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 _____

