

PELLEGRINAGGIO/SOGGIORNO a .....

Cognome .....

Nome .....

La compilazione del seguente certificato è necessaria per la partecipazione al Pellegrinaggio/Soggiorno e per permettere un'efficace assistenza.

**CERTIFICATO MEDICO**

Cognome e Nome .....

Data di nascita.....

Luogo di nascita.....

Indirizzo.....

CAP ..... Città..... (.....)

Telefono .....

- |   | No | Pregressa | In Atto |
|---|----|-----------|---------|
| <b>1. Affezioni Cardiache e Vascolari</b> |    |           |         |
| Quali.....                                |    |           |         |
| Terapia.....                              |    |           |         |
| <b>2. Malattie del Sangue</b>             | No | Si        |         |
| Quali.....                                |    |           |         |
| Terapia.....                              |    |           |         |
| <b>3. Diabete</b>                         | No | Si        |         |
| Insulina (posologia).....                 |    |           |         |
| Terapia.....                              |    |           |         |
| <b>4. Malattie Apparato Urogenitale</b>   | No | Si        |         |
| Quali.....                                |    |           |         |
| Terapia.....                              |    |           |         |
| <b>5. Malattie Endocrine</b>              | No | Si        |         |
| Quali.....                                |    |           |         |
| Terapia.....                              |    |           |         |
| <b>6. Malattie Apparato Respiratorio</b>  | No | Si        |         |
| Quali.....                                |    |           |         |
| Terapia.....                              |    |           |         |
| <b>7. Malattie Apparato Digerente</b>     | No | Si        |         |
| Quali.....                                |    |           |         |
| Terapia.....                              |    |           |         |
| <b>8. Malattie Apparato Locomotorio</b>   | No | Si        |         |
| Quali.....                                |    |           |         |
| Terapia.....                              |    |           |         |

- |   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| <b>9. Malattie Psiciche</b>                 | <b>No</b> | <b>Si</b> |
| Quali.....                                  |           |           |
| Terapia.....                                |           |           |
| <b>10. Malattie Sistema Nervoso</b>         | <b>No</b> | <b>Si</b> |
| Quali.....                                  |           |           |
| Terapia.....                                |           |           |
| <b>11. Utilizzo di Sostanze Psicoattive</b> | <b>No</b> | <b>Si</b> |
| Quali.....                                  |           |           |
| Terapia.....                                |           |           |
| <b>12. Traumi</b>                           | <b>No</b> | <b>Si</b> |
| Quali.....                                  |           |           |
| Terapia.....                                |           |           |
| <b>13. Malattie Infettive</b>               | <b>No</b> | <b>Si</b> |
| Quali.....                                  |           |           |
| Terapia.....                                |           |           |
| <b>14. Dermopatie</b>                       | <b>No</b> | <b>Si</b> |
| Quali.....                                  |           |           |
| Terapia.....                                |           |           |
| <b>15. Allergie a Farmaci o Cibi</b>        | <b>No</b> | <b>Si</b> |
| Quali.....                                  |           |           |
| <b>16. Diete</b>                            | <b>No</b> | <b>Si</b> |
| Quali.....                                  |           |           |

**Diagnosi Finale**

.....

.....

.....

**Terapia (Farmaci e Posologia)**

.....

.....

.....

<b>Autosufficiente nella gestione della terapia</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
Trasporto consigliato	Seduto	Barellato
Note .....		

**Il Medico**

Cognome e nome.....

Indirizzo.....

Città.....

Telefono.....

Data .....

Firma .....