

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

- | | | | |
|--|-----------|------------------|----------------|
| 1. Afezioni Cardiache e Vascolari | NO | Pregressa | In Atto |
| Quali | | | |
| Terapia | | | |
|
 | | | |
| 2. Malattie del Sangue | NO | SI | |
| Quali | | | |
| Terapia | | | |
|
 | | | |
| 3. Diabete | NO | SI | |
| Insulina (posologia) | | | |
| Terapia | | | |
|
 | | | |
| 4. Malattie Apparato Urogenitale | NO | SI | |
| Quali | | | |
| Terapia | | | |
|
 | | | |
| 5. Malattie Endocrine | NO | SI | |
| Quali | | | |
| Terapia | | | |
|
 | | | |
| 6. Malattie Apparato Respiratorio | NO | SI | |
| Quali | | | |
| Terapia | | | |
|
 | | | |
| 7. Malattie Apparato Digerente | NO | SI | |
| Quali | | | |
| Terapia | | | |
|
 | | | |
| 8. Malattie Apparato Locomotorio | NO | SI | |
| Quali | | | |
| Terapia | | | |

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 9. Malattie Psichiche | NO | SI |
| Quali | | |
| Terapia | | |
| 10. Malattie Sistema Nervoso | NO | SI |
| Quali | | |
| Terapia | | |
| 11. Utilizzo di Sostanze Psicoattive | NO | SI |
| Quali | | |
| Terapia | | |
| 12. Traumi | NO | SI |
| Quali | | |
| Terapia | | |
| 13. Malattie Infettive | NO | SI |
| Quali | | |
| Terapia | | |
| 14. Dermopatie | NO | SI |
| Quali | | |
| Terapia | | |
| 15. Allergie a Farmaci o Cibi | NO | SI |
| Quali | | |
| 16. Diete | NO | SI |
| Quali | | |

Diagnosi Finale

.....
.....
.....

Terapia (Farmaci e Posologia)

.....
.....
.....

Autosufficiente nella gestione della terapia	NO	SI
Trasporto consigliato	Seduto	Barellato
Note		

Il Medico

Cognome e nome

Indirizzo

Città

Telefono

Data Firma